almanahul

I 45665

B.C.U. 2022

SĂNĂTĂȚII '88

933/3

almanahul sănătății '88

EM

almanahul

SĂNĂTĂȚII '88

Au colaborat:

AURELIA ACOSTĂCHIOAEI, dr. EUGEN ALEXE, dr. DINU M. ANTONESCU, I. BANDRABUR, dr. ELENA BARNEA, conf. dr. MATEI BARNEA, dr. D. D. BELLOIU, dr. ALIN BĂCLEȘANU, conf. dr. GH. BUCUR, dr. G. BUCUR, TITEL CANACHE, MIORIȚA CĂMPEAN, farm. SILVIA CHERECHEȘ, psiholog R. O. CLIT, dr. I. COJOCARU, dr. FL. COLONAȘ, prof. dr. AL. COLȚOIU, farm. LUDMILA COSMOVICI, conf. dr. MARȚIAN COTRĂU, dr. N. CRIȘAN, prof. CONSTANTIN-AUREL DRAGODAN, conf. dr. I. DRĂGAN, dr. RENÉ DUDA, dr. N. EVIAN, dr. KLAUS FABRITIUS, prof. dr. doc. P. FIRU, TEODOR FRASIN, ELENA LEONORA FRUGINĂ, dr. AL. GHEORGHIU, PIA HAȚEGANU, prof. dr. doc. I. HAULICĂ, dr. ANDREI KOZMA, dr. OCTAVIAN IENIȘTEA, FL. IORDĂCHESCU, dr. SABIN IVAN, N. LEONTE, ELIZA MADOLCIU, dr. FLOREA MARIN, dr. D. MATEESCU, dr. M. MATEICIUC, D. C. MAZILU, dr. MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU, dr. MIHAI MIHĂILESCU, dr. VLADIMIR MIHĂILESCU, I. MURGAN, dr. TUDOR MIRCEA MURGESCU, ing. I. NEGREANU, dr. LIDIA NICA-UDANGIU, dr. ȘT. NICA-UDANGIU, NIC. NICOLAESCU, ALEXEI NICOLESCU, dr. OVIDIU OPRIAN, conf. dr. doc. CORNELIA PĂUNESCU, farm. dr. ENGLETINA PELEGRINO, conf. dr. doc. V. PETRESCU-COMAN, dr. CAMELIA PÂRVAN, ARISTOTEL PÎRVULESCU, dr. PAULA I. POGĂCEANU, V. D. POPA, conf. dr. EMIL A. POPESCU, dr. OCTAVIAN A. POPESCU, prof. dr. VALERIU POPESCU, I. POTÂNG, VIOREL SANDU, ADAM STOICA, dr. MARGIT ȘERBAN, ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR, prof. dr. doc. ȘT. ȘUȚEANU, NICULAE TACHE, GABRIELA TĂNASE, N. TURTURESCU, prof. dr. LOUIS ȚURCANU, dr. G. UNTEANU, I. VULPESCU, GH. ZARAFU, farm. L. ZISSU.

COLECTIVUL DE REDACȚIE :

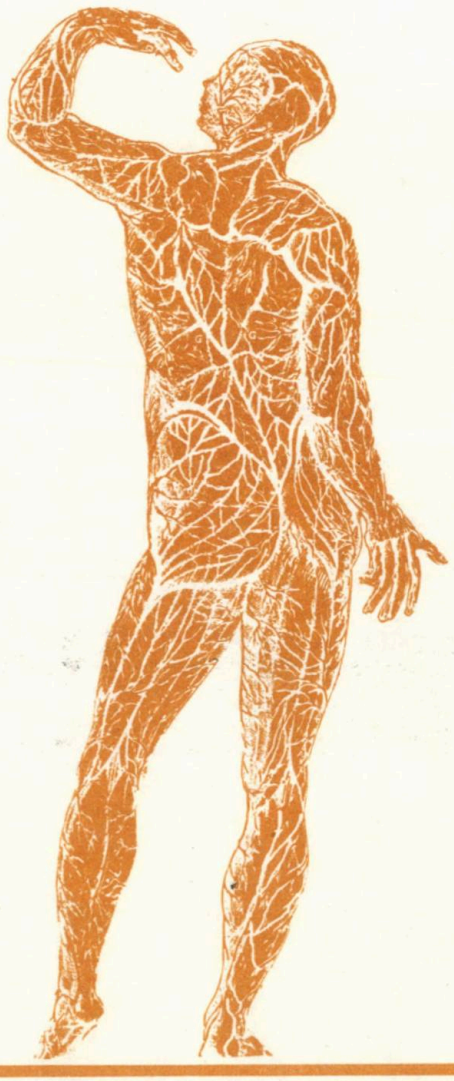
REDACTOR : **IOAN MURGAN**
SECRETAR DE REDACȚIE : **FLOAREA NIȚĂ**
TEHNOREDACTOR : **MIHAI ȘTEFĂNACHE**
GRAFICIENI :
CRISTEL RUDOLF și DORANA COȘOVEANU

EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI, 1988

I 45665

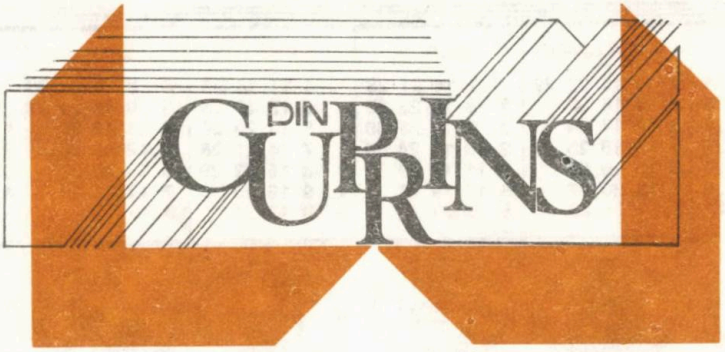
BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

almanahul SĂNĂTĂȚII '88



EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI, 1988

933/3



— Aportul ştiinţei şi tehnologiei la progresul cunoaşterii în medicină
— Speranţe terapeutice în bolile genetice
— Mereu tînără
— Fumatul şi sarcina
— Turismul şi factorii balneoclimaterici în prevenirea şi tratamentul unor boli psihice
— Ce trebuie să ştim despre convulsiile febrile la copil
— Act criminal
— Anemia feriprivă
— Un măr pe zi... şi doctorul nu va veni
— În ajutorul gospodinelor : cîteva reţete dietetice
— Anomaliile dentomaxilare la copii
— Etologia, „hobby" sau ştiinţă ?
— Testosteronul, hormon cu funcţii multiple în organism
— Fumatul pasiv
— Profilaxia bolilor de nas, git şi urechi
— Mărturii vechi despre poluarea aerului
— Conducerea automobilului şi... inima
— Gîndacii de bucătărie nu înseamnă numai disconfort
— Anemia carenţială la copil
— Hipomagneziemia — aspecte şi implicaţii
— Sindromul de imunodeficienţă dobîndită (SIDA)
— Ce trebuie să ştim despre micozele unghiilor de la mîini şi picioare
— Mirosul gurii
— Mărturii despre începuturile farmaciei româneşti
— Cîte ceva despre alimentaţia şi modul de viaţă al viitoarei mame
— Produse industriale alimentare pentru copii : 4 luni — 3 ani
— NU — abuzului de alcool
— Uz şi abuz de medicamente la copii
— Din nou în actualitate aclimatizarea sportivilor
— Hernia
— Manifestări hemoragice la vîrsta copilăriei
— Reumatismele metabolice
— Durerea hepatobiliară
— O boală adesea ignorată : pericardita acută benignă sau idiopatică
— O problemă de psihologie : mama în faţa cardiopatiei congenitale a copilului
— Cosmetică — sfaturi, noutăţi, opinii
— Cîte ceva despre hipertensiunea arterială
— Medici transilvăneni participanţi la Marea Adunare Naţională din 1 Decembrie 1918 de la Alba Iulia
— Îmbătrînirea scheletului poate fi prevenită ?
— Medicul de astăzi
— Colecistite (acute) nelitiazice la copil
— Bolnavul de astăzi
— Glume, versuri, anecdote, epigrame, jocuri rebusiste, aforisme etc.

CALENDAR '88

	IANUARIE	FEBRUARIE	MARTIE	APRILIE	MAI	IUNIE
L	4 11 18 25	1 8 15 22 29	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27
M	5 12 19 26	2 9 16 23	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28
M	6 13 20 27	3 10 17 24	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29
J	7 14 21 28	4 11 18 25	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30
V	1 8 15 22 29	5 12 19 26	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24
S	2 9 16 23 30	6 13 20 27	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25
D	3 10 17 24 31	7 14 21 28	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 19 26

	IULIE	AUGUST	SEPTEMBRIE	OCTOMBRIE	NOIEMBRIE	DECEMBRIE
L	4 11 18 25	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26
M	5 12 19 26	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27
M	6 13 20 27	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28
J	7 14 21 28	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29
V	1 8 15 22 29	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30
S	2 9 16 23 30	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31
D	3 10 17 24 31	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25

CALENDAR '89

	IANUARIE	FEBRUARIE	MARTIE	APRILIE	MAI	IUNIE
L	2 9 16 23 30	6 13 20 27	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 19 26
M	3 10 17 24 31	7 14 21 28	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27
M	4 11 18 25	1 8 15 22	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28
J	5 12 19 26	2 9 16 23	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29
V	6 13 20 27	3 10 17 24	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30
S	7 14 21 28	4 11 18 25	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24
D	1 8 15 22 29	5 12 19 26	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25

	IULIE	AUGUST	SEPTEMBRIE	OCTOMBRIE	NOIEMBRIE	DECEMBRIE
L	3 10 17 24 31	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25
M	4 11 18 25	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26
M	5 12 19 26	2 9 16 23 30	6 13 20 27	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27
J	6 13 20 27	3 10 17 24 31	7 14 21 28	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28
V	7 14 21 28	4 11 18 25	1 8 15 22 29	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29
S	1 8 15 22 29	5 12 19 26	2 9 16 23 30	7 14 21 28	4 11 18 25	2 9 16 23 30
D	2 9 16 23 30	6 13 20 27	3 10 17 24	1 8 15 22 29	5 12 19 26	3 10 17 24 31

EDITORIAL '88

Ce este sau ce trebuie să fie — şi ce semnificaţie are — un almanah consacrat sănătăţii, cum este cel de faţă ?

Am putea să-l definim ca un *tezaur de cunoştinţe medicale*, selectate dintre cele mai noi cuceriri ale medicinii moderne şi oferit populaţiei ca un preţios dar de An Nou, pentru apărarea sănătăţii.

Ne exprimăm speranţa că o astfel de definiţie va fi acceptată de cititori şi pentru prezentul „Almanah al Sănătăţii – 1988".

Există numeroase dovezi care demonstrează că astfel de cărţi pasionează şi atrag cel mai mult. În adevăr, setea de cunoştinţe medicale a oamenilor a devenit atît de mare, încît cu greu mai poate fi satisfăcută prin toate mijloacele de informare actuale. Populaţia citeşte cu interes subiecte medicale din ziare şi reviste şi achiziţionează cu precădere agende şi enciclopedii medicale, care au devenit astăzi cărţi cu mare succes de librărie (adevărate *„best-sellers"* – pentru a folosi un termen din limbajul internaţional al cărţilor).

Consider că acest interes pentru cărţile cu conţinut medical este foarte firesc.

În adevăr, informarea medicală a populaţiei trebuie concepută nu numai ca un simplu act de transmitere a unor cunoştinţe medicale ci, totodată, ca o contribuţie la cultura generală a populaţiei. Cunoştinţele medicale fac parte integrantă din cultura fiecărei persoane şi finalmente servesc la promovarea sănătăţii, în spiritul medicinii omului sănătos.

În ţara noastră, răspîndirea cunoştinţelor ştiinţifice şi tehnice în rîndul populaţiei constituie o preocupare importantă a politicii partidului nostru, reprezentînd un obiectiv major în activitatea Frontului Democraţiei şi Unităţii Socialiste, care alcătuieşte anual un plan de publicaţii în acest scop. În acest plan intră şi *răspîndirea cunoştinţelor medicale* prin publicaţii şi conferinţe, o contribuţie importantă la educaţia sanitară a populaţiei, capitol de bază în politica sanitară a Statului, a Ministerului Sănătăţii şi, evident, şi în planul de publicaţii al Editurii Medicale.

*

Informarea medicală nu este însă numai un scop în sine. Ea trebuie înţeleasă nu numai ca un act informativ, de transmitere a unui mesaj ştiinţific, dar şi ca o acţiune de convingere a cititorilor pentru aplicarea în practică a concluziilor rezultate din informaţiile privind noile cuceriri ştiinţifice medicale.

Informarea medicală a populaţiei poate deveni utilă, atît ca o completare a cunoştinţelor de cultură generală – ceea ce este foarte important –, dar şi ca un act educativ, prin intrarea în practică a mesajului ştiinţific, a noilor cuceriri ştiinţifice.

Numai înţelegînd astfel informarea medicală, aceasta devine cu adevărat utilă şi nu rămîne numai un simplu act de jurnalism medical, uneori prezentat ca ceva cu totul deosebit ori senzaţional.

*

Participarea populaţiei la apărarea propriei sale sănătăţi a devenit o necesitate inexorabilă. Nici un program de promovare a sănătăţii ori de combatere pe termen lung a unor boli cu extindere în masă nu se poate realiza fără aportul populaţiei, posesoare a unui grad de cultură medicală cît mai ridicat. În acest scop nu mai există nici o justificare pentru păstrarea unor aşa-zise „secrete medicale", care să nu fie dezvăluite publicului.

În ţara noastră educaţia sanitară a populaţiei se dezvoltă organizat, pe baza unui amplu plan de educaţie sanitară, elaborat de Ministerul Sănătăţii, care antrenează tot personalul medico-sanitar, precum şi organizaţiile obşteşti (sindicate, Crucea Roşie etc.) şi cu ajutorul tuturor mijloacelor de *mass-media* (presă, radio, televiziune, Editura Medicală).

Pe plan mondial, Organizaţia Mondială a Sănătăţii acordă, de asemenea, o deosebită importanţă propagării în rîndul populaţiei a cunoştinţelor sanitare, ca un factor de bază în medicina preventivă, în medicina omului sănătos. Tema aleasă de O.M.S. pentru 1988 este semnificativă în acest sens : *„Sănătate pentru toţi – toţi pentru sănătate"*.

Această deviză trebuie înţeleasă în sensul că fiecare cetăţean are nu numai drepturi, dar şi responsabilităţi privind păstrarea propriei sănătăţi, precum şi a sănătăţii celorlalţi membri ai colectivităţii.

*

Unul din obiectivele importante ale medicinii moderne este acela ca fiecare persoană să cunoască şi să deprindă *modul de a trăi sănătos*, de a-şi forma un stil de viaţă prin care să elimine ori să evite ceea ce denumim

factorii de risc pentru sănătate. Aceşti factori de risc sînt foarte numeroşi şi provin, în parte, din mediul înconjurător (poluarea aerului, zgomot, radioactivitate în exces, modificări bruşte meteorologice, stres, modificări ecologice), dar mulţi ţin de comportamentul nostru, de nivelul cunoştinţelor noastre, prin abateri de la igienă : igiena alimentară, igiena muncii, excese alimentare, abuzul de toxice (alcoolism, tabagism), sedentarism etc.

Un exemplu concret şi totodată încurajator cu privire la ceea ce se poate realiza prin participarea populaţiei pentru prevenirea bolilor cardiovasculare (astăzi principala cauză de deces : 40–50%), rezultă din experimentele în scop preventiv efectuate în anumite colectivităţi, timp de ani de zile, *cu concursul populaţiei respective.* Vom cita cîteva exemple : astfel, experimentul Framingham, care durează de 35 de ani, a demonstrat că bolile cardiovasculare nu constituie în mod necesar un fenomen de vîrstă înaintată, ci sînt mai mult un rezultat al *stilului de viaţă.* S-a dovedit cu siguranţă că îmbolnăvirea precoce şi moartea subită prin boli cardiovasculare (infarct cardiac, accidente vasculare cerebrale) pot fi prevenite dacă : se suprimă fumatul, se controlează regulat tensiunea arterială şi se supraveghează modul de alimentaţie. *Fondul ereditar apare mai puţin riscant decît modul de viaţă* – un mesaj optimist –, căci factorii care ţin de modul de viaţă sînt prevenibili, depind de voinţa noastră.

Un studiu similar efectuat de Institutul de Medicină Internă din Bucureşti, pe o perioadă de 10 ani şi pe un grup de persoane supravegheat medical, – în comparaţie cu un grup martor, nesupravegheat –, a demonstrat o scădere cu 35% a mortalităţii prin boli cardiovasculare şi cu 31% a accidentelor vasculare cerebrale pentru grupul supravegheat şi care a respectat recomandaţiile medicale, faţă de grupul martor.

Cu privire la tabagism, un exemplu favorabil l-au adus medicii din Anglia, care au renunţat, în mare parte, la fumat, ceea ce a făcut ca în decurs de 10 ani incidenţa cancerului pulmonar să scadă cu 35%.

*

Reflectînd la cele de mai sus, ne putem întreba dacă îndeplineşte almanahul de faţă un astfel de mesaj, o astfel de misiune în formarea unui mod de viaţă sănătos pentru populaţie.

Simpla parcurgere a titlurilor din cuprins – şi mai ales lectura conţinutului – demonstrează clar că „Almanahul Sănătăţii" pe anul 1988 este un adevărat program de sănătate prin capitolele prezentate, un program pe cît de actual şi interesant, pe atît de variat prin subiectele tratate. Fiecare capitol constituie o valoroasă contribuţie la cultura medicală a populaţiei şi, evident, un cîştig pentru sănătatea celor care citesc acest almanah. „Un om prevenit face cît doi", spune un proverb, ceea ce este foarte adevărat şi pentru sănătate.

Tratarea ştiinţifică a subiectelor prezintă avantajul de a fi convingătoare. Numai o prezentare ştiinţific argumentată poate astăzi convinge pe cititori de recomandările noastre pentru o anumită conduită de viaţă, prin care sîntem obligaţi adesea să temperăm anumite plăceri ori chiar să interzicem unele obiceiuri. De aceea, parcurgînd capitol cu capitol, ne vom da seama cît de puternice şi convingătoare sînt argumentele ştiinţifice aduse, în locul unor simple afirmaţii ori impresii. Tratarea fiecărui capitol se ridică la nivelul cunoştinţelor unui viitor medic, ceea ce nu este deloc rău, în situaţia cînd discutînd cu medicul său curant, fiecare va înţelege mai bine sfaturile primite.

Varietatea subiectelor tratate este astfel gîndită încît să intereseze un cerc cît mai larg de cititori, în aşa fel ca fiecare să găsească cît mai multe lucruri care să-l preocupe. Prin această varietate de subiecte se evită şi monotonia lecturii unei cărţi pe o anumită temă.

Bine sînt alese şi titlurile capitolelor : pline de semnificaţie şi orientative pentru conţinut, ca o invitaţie la lectură.

Pentru a face conţinutul cît mai atractiv, redactorul almanahului a avut grijă să presare, printre capitolele cu austeritate ştiinţifică, şi alte elemente de lectură, ca: aforisme, anecdote, glume, versuri, epigrame şi rebusuri, toate pe teme medicale.

Am putea să recomandăm acest almanah, destinat populaţiei, ca un model de informare medicală, pe care fiecare îl va deschide cu plăcere, îl va citi cu interes şi îl va închide cu profit pentru sănătatea sa, fără a uita, în final, să-l aşeze în colecţia sa din bibliotecă, pentru a forma o adevărată enciclopedie medicală.

*

În societatea noastră socialistă sănătatea este concepută ca un element esenţial pentru ceea ce înţelegem prin *calitatea vieţii.* De modul cum este asigurată sănătatea tuturor cetăţenilor patriei depinde şi dezvoltarea forţelor de producţie, creşterea bunăstării materiale şi spirituale a întregului popor, creşterea longevităţii şi a duratei vieţii active, a satisfacţiei datoriei împlinite.

Asigurarea unei depline stări de sănătate şi a vigorii poporului român constituie un

obiectiv esențial al politicii profund umaniste a partidului nostru, așa cum este formulată în Directivele Congresului al XIII-lea al Partidului Comunist Român, pentru această etapă de dezvoltare a țării.

Dispunem în acest scop de o bogată rețea medico-sanitară, care cuprinde aproape 50 000 de medici și peste 132 000 de cadre medii sanitare, prin care ne situăm printre țările cu o foarte bună acoperire cu cadre medico-sanitare. A crescut considerabil numărul medicilor de medicină generală (peste 20 000), care asigură asistența medicală primară a populației, în condiții de foarte bună accesibilitate, pentru cele mai îndepărtate localități, precum și la locul de muncă.

În același timp, numărul paturilor de spital este de circa 210 000, în unități spitalicești moderne, clădite recent, ceea ce permite o asistență medicală de înaltă calitate. Pentru asistența medicală ambulatorie dispunem astăzi de peste 500 de policlinici și 5 500 de dispensare medicale.

În planul anual al Ministerului Sănătății sînt prevăzute programe de combatere și prevenire pe termen lung a bolilor cardiovasculare, a bolilor respiratorii, a cancerului, reumatismului, a bolilor de nutriție, bolilor sistemului nervos și a altor boli.

În domeniul bolilor infecțioase transmisibile dispunem de un program național de imunizări al populației infantile, precum și de o rețea sanitaro-antiepidemică de supraveghere a teritoriului, prin care s-a reușit ca țara noastră să aibă una din cele mai bune poziții în prevenirea acestor boli. Astfel, boli ca difteria, tetanosul și poliomielita au fost practic eliminate, iar rujeola, tusea convulsivă și alte boli transmisibile au fost reduse la cifre tot mai mici.

O atenție deosebită se acordă supravegherii și ocrotirii sănătății femeii, prin controale periodice a stării de sănătate, ținînd seama de importantul său rol social ca mamă, educatoare de copii și în cadrul forței de muncă a țării.

Controlul medical al copiilor, inclusiv cel stomatologic, se înscrie în același mare obiectiv al medicinii preventive, pentru asigurarea unui tineret sănătos, apt de muncă și creator de valori materiale și spirituale.

Pe un plan similar se situează și examenele medicale periodice la locul de muncă, inclusiv controlul privind igiena mediului, de către specialiști în igiena muncii.

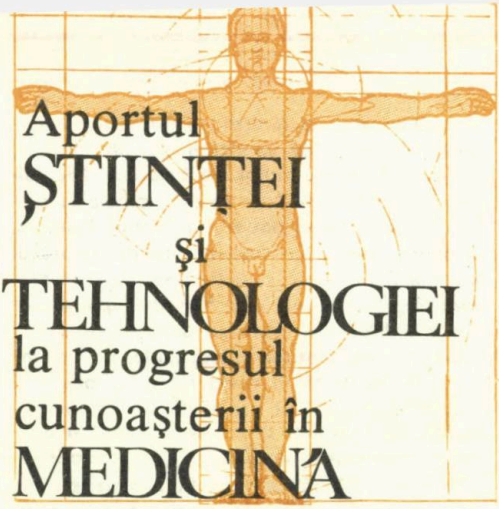
Prin toate aceste acțiuni combinate, de asistență medicală și de promovare a sănătății – dintre care am menționat numai cîteva –, în țara noastră se realizează *conceptul medicinii preventive, al medicinii omului sănătos*, așa cum a fost formulat de tovarășul Nicolae Ceaușescu în cuvîntările sale cu privire la starea de sănătate a poporului nostru. Amintim, în acest sens, chemarea rostită de tovarășul *Nicolae Ceaușescu în cuvîntarea ținută la Plenara lărgită a Consiliului Sanitar Superior din 7 martie 1984* : „Trebuie să unim toate forțele poporului, ale statului și partidului nostru, într-o direcție unică în acest domeniu, aceea al apărării sănătății, al prevenirii bolilor, al asigurării natalității și al creșterii vigorii și dezvoltării continue a națiunii noastre socialiste".

Printr-o politică demografică înțeleaptă, în ultimele două decenii, țara noastră se situează printre țările europene cu o natalitate ridicată și o populație în plină creștere, ceea ce a permis ca la începutul lunii decembrie 1987, *populația țării noastre să ajungă la cifra de 23 de milioane de locuitori*, eveniment subliniat în mod deosebit de tovarășul Nicolae Ceaușescu în cuvîntarea ținută la Conferința Națională a Partidului Comunist Român din 14–16 decembrie 1987. Semnificația acestei creșteri continue a populației în ultimele două decenii este multiplă și deosebit de favorabilă pentru viitorul luminos al patriei noastre.

Dispunem, în același timp, de un aport important al rezultatelor cercetării științifice medicale, în condițiile revoluției științifice și tehnice contemporane, oferite de numeroasele institute de cercetare științifică medicală din țara noastră, așa cum a rezultat și din recenta plenară a Consiliului Național al Științei și Învățămîntului, sub conducerea tovarășei academician doctor inginer Elena Ceaușescu, președinte al acestui înalt for.

Puternic angajați în îndeplinirea vastului program al partidului, așa cum a fost conturat recent în cuvîntarea tovarășului Nicolae Ceaușescu la Conferința Națională a Partidului din 14–16 decembrie 1987, toți oamenii muncii care lucrează în domeniul ocrotirii sănătății vor consacra în noul an, 1988, toată capacitatea lor de muncă și forțele lor creatoare, pentru a crește și mai mult calitatea asistenței medicale, a ocrotirii sănătății, în cadrul operei de făurire a societății socialiste multilateral dezvoltate din patria noastră, Republica Socialistă România, care la încheierea anului 1987 a sărbătorit 40 de ani de existență de la proclamarea sa ca republică.

Prof. dr. doc. MARIN VOICULESCU
Președinte al U.S.S.M.
Membru corespondent al
Academiei R. S. România



Aportul ȘTIINȚEI și TEHNOLOGIEI la progresul cunoașterii în MEDICINĂ

Descoperirile științifice și progresele tehnice din ultimele decenii au contribuit substanțial nu numai la automatizarea, computerizarea și cibernetizarea actuală a proceselor de producție, ci și la descifrarea multora din enigmele naturii. Aducînd un plus de cunoaștere și idei novatoare, acestea au produs importante mutații și în domeniul medicinii, știință a vieții și suferinței umane.

În cele ce urmează vor fi menționate doar citeva din numeroasele achiziții cognitive și aplicative ale medicinii, datorate aportului nemijlocit al științei și tehnologiilor moderne.

Beneficiind de multe din descoperirile fizicii, chimiei și biologiei, medicina contemporană este supusă unui continuu proces de tehnicizare și chimizare, ce contribuie atit la mai buna cunoaștere a substratului fizico-chimic al fenomenelor vitale, cit și la perfecționarea mijloacelor de investigare și tratare a bolilor.

Pe plan conceptual, s-au adus noi dovezi în favoarea materialității proceselor vitale, începînd cu bazele morfochimice ale diverselor forme de activitate celulară și sfîrșind cu funcțiile diferitelor aparate și sisteme, ca principale componente ale organismului. Deși nu știm încă la modul exact ce este viața, au fost smulse noi așchii din stinca de granit a necunoscutelor care mai persistă la nivelul materiei vii normale și patologice.

S-au precizat, printre altele, ultrastructura și funcțiile organitelor subcelulare ale celor aproximativ 100 de trilioane de celule ale corpului uman.

Pe plan structural, microscopia electronică, histochimia și histofiziologia au contribuit la identificarea elementelor constitutive ale diverselor tipuri de celule, stabilind particularitățile morfofuncționale comune și specifice ale acestora.

La cercetările devenite clasice, privind rolul acizilor nucleici în stocarea și transmiterea caracterelor ereditare, sau a mitocondriilor în preluarea energiei potențiale din nutrimente și depozitarea ei în legăturile macroergice ale ATP-ului, s-au adăugat studiile histoenzimologice de la nivelul lizozomilor, ribozomilor, reticulului endoplasmatic, aparatului Golgi, desmozomilor sau peroxizomilor, ajungîndu-se la descrierea unui veritabil microcosmos celular.

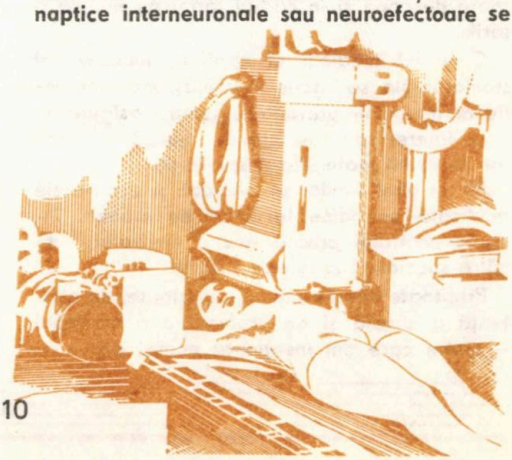
La rîndul lor, biochimia și genetica moleculară au deschis perspective deosebite cercetărilor de inginerie și microchirurgie genetică, onorate în ultimii ani cu citeva premii Nobel. Descoperirea enzimelor restrictive de tipul reverstranscriptazei, cu rol de bisturiu biochimic, a permis decuparea unor gene purtătoare de caractere ereditare și transplantarea lor pe culturi de bacterii saprofite. Dobîndind proprietățile chimice ale genei transplantate, bacteria hibridă rezultată s-a dovedit capabilă să sintetizeze, după tipul noii gene, hormoni, alimente, medicamente sau alte substanțe utile, la un preț redus. S-a ajuns astfel la prospectarea unor uzine de bacterii hibridate care pot valorifica, la scară industrială, această nouă achiziție a cercetărilor biomedicale.

Demne de remarcat sînt și studiile biochimice, biofizice și microelectrofiziologice asupra membranelor celulare, care au stabilit că acestea sînt sediul unor procese electrochimice și metabolice mult mai complexe decît s-a crezut inițial. La nivelul lor au loc schimburi permanente, atît pasive, prin canale ionice rapide și lente, cît și active, contra gradientului de concentrație, cu ajutorul pompelor activate de către anumiți cărăuși energizați, cum este cazul ATP-azei (Na^+ — — K^+).

Totodată s-a precizat că sensibilitatea celulelor la anumite substanțe se datorește prezenței receptorilor membranari cu rol de senzori și traductori ai informațiilor respective în răspuns celular.

Substanța purtătoare de informație ca prim mesager acționează la nivel celular prin intermediul receptorului membranar specific și al sistemului adenilciclază-AMP ciclic, ca mesager de ordinul al doilea, cu rol de mediator biochimic intracelular. Prin acest mecanism se realizează majoritatea răspunsurilor celulare și tisulare la substanțele biologic active de natură endogenă sau exogenă.

Referitor la relațiile intercelulare s-a precizat că acestea prezintă anumite particularități în cazul țesutului nervos. Transmiterea influxului nervos la nivelul articulațiilor sinaptice interneuronale sau neuroefectoare se

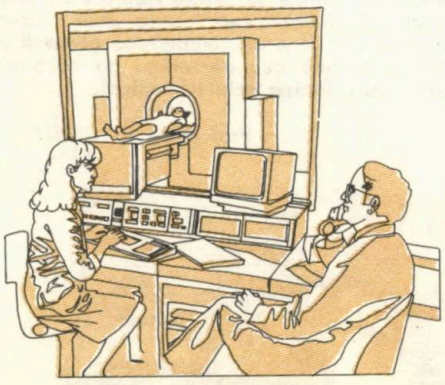


realizează pe cale chimică, cu ajutorul substanțelor mediatoare de tip excitator sau inhibitor. Conform principiului clasic „un neuron — un mediator", fiecare celulă nervoasă sintetizează și eliberează un singur mediator chimic. În ultimii ani s-au obținut dovezi experimentale convingătoare în favoarea mediației chimice duble, triple sau multiple la nivelul aceluiași neuron.

În prezent își dispută candidatura la rolul de mediatori chimici ai impulsurilor nervoase centrale și periferice aproximativ 30 de substanțe de natură amniotică, aminoacidă și peptidică. Dintre acestea doar 6 indeplinesc integral criteriile mediației chimice. Este vorba de acetilcolină, noradrenalină, dopamină, serotonină, acidul glutamic și acidul gama-aminobutiric. Restul fac oficiul de cotransmițători sau modulatori sinaptici.

Participarea lor la producerea unor forme de activitate nervoasă reflexă sau voluntară constituie obiectul unor puncte de vedere încă controversate. De o atenție deosebită se bucură în ultimii 10 ani peptidele opioide, a căror participare a fost dovedită deocamdată la modularea sensibilității dureroase. Descoperirea endorfinelor și enkefalinelor în țesutul nervos de către Kosterlitz și Hughes (1975) oferă actualmente suport științific practicii milenare a acupuncturii. Numeroși autori au arătat că analgezia produsă de acupunctură și presopunctură se datorește eliberării de peptide opioide cu rol de adevărate „morfine ale creierului".

Progrese importante s-au realizat și în clarificarea mijloacelor naturale de apărare specifică și nespecifică a organismului, precizîndu-se rolul factorilor nervoși, hormonali și imunitari în reacțiile neuroumorale de apărare și adaptare la solicitările stresante din partea mediului extern sau intern, începînd cu stresul fizic, chimic și biologic și sfîrșind cu suprasolicitările sociale, relaționale sau profesionale. S-a stabilit că în afara descărcărilor hormonale simpaticoadrenale și hipofizocorticosuprarenaliene, se produc numeroase alte dereglări neuroendocrinometabolice generatoare de stări patologice. La producerea acestora participă atît hormonii eliberați de cele 8 glande cu secreție internă, cît și hormonii tisulari sau locali secretați în exces de sistemul endocrin difuz, paracrin sau APUD. Acesta a fost descoperit



de Pearse (1966) mai întîi în celulele neuroglandulare din tubul digestiv, pentru ca ulterior să i se demonstreze prezența la nivelul tuturor țesuturilor și organelor.

Cercetările radioimunologice și imunohistochimice ulterioare au identificat numeroși produși de secreție prevăzuți cu acțiuni stimulante sau inhibitorii locale.

Ei reprezintă puntea de legătură între calea eferentă nervoasă și cea endocrină clasică, indispensabilă reacțiilor adaptative locoregionale. Intregind reacțiile de autoreglare și control generale de feedback negativ și pozitiv lung, cu fenomene de feedback scurt și ultrascurt, hormonii locali participă la adaptarea circulației locale și secrețiilor glandulare la necesitățile variabile ale organismului. Din această categorie fac parte histamina, serotonina, bradikinina, neurotensina, peptidele opioide, substanța P, angiotensina, gastrina, VIP, GIP, pancreozimin-colecistokinina, bombezina, atriopeptidul, cardiodilatinul, neurokinina, prostaglandinele, prostaciclinele, tromboxanii, leucotrienele și multe alte substanțe active rezultate din metabolizarea cu ajutorul unor enzime specifice a proteinelor sau lipidelor la nivelul celulelor neuroglandulare tisulare.

Progrese remarcabile s-au obținut și în domeniul bazelor neurofiziologice ale memorizării, somnului și veghei, precum și în producerea unor manifestări comportamentale, cum sînt ingestia de apă și alimente, comportamentul sexual și social etc.

Datorită capacității de a sintetiza și elibera asemenea substanțe, creierul, inima, plămînii, rinichii — și mai ales tubul digestiv — sînt considerate de numeroși autori drept organe endocrine secretoare de hormoni locali, în afara funcțiilor lor specifice. În cazul țesutului nervos cerebral s-au identificat atît neurohormonii hipotalamici eliberatori ai celor 7 hormoni hipofizari, cît și neuropeptidele denumite cibernine, implicate în procesele neurochimice de memorizare, de producere a veghei și somnului, precum și de modulare a sensibilității termoalgezice.

La rîndul său, mușchiul cardiac secretă doi hormoni locali, denumiți atriopeptid și cardiodilatin, prevăzuți cu proprietăți natriuretice și coronarodilatatoare.

Pe de altă parte, rinichiul reprezintă principala sursă de renină formatoare de angiotensină prevăzută cu acțiuni puternic vasoconstrictoare și aldosteronoeliberatoare. Un loc aparte ocupă tubul digestiv ca organ endocrin, întrucît o mare parte din hormonii locali secretați de celulele enterocromafine ale mucoasei gastrointestinale se găsesc și în creier, în timp ce unii neurohormoni cere-

brali pot fi identificați în mucoasa intestinală. Semnificația funcțională a interrelațiilor hormonale dintre creier și tubul digestiv este necunoscută încă. Se admite că prezența unor hormoni gastrointestinali în anumite formațiuni nervoase centrale ar contribui la reglarea ingestiei de alimente, în funcție de starea de vacuitate sau plenitudine a tubului digestiv.

Faptul a fost demonstrat deocamdată pentru pancreozimin-colecistokinina, ca frenator al ingestiei de alimente.

În comparație cu progresele biologiei celulare și neuroendocrinologiei, cercetările în domeniul cancerogenezei și bolilor degenerative, în general, nu au înregistrat progrese demne de semnalat. Ne aflăm încă în situația alpinistului care privește de la poalele muntelui spre piscul ascuns în nori, cu consolarea că a călători este mai plăcut decît a poposi.

Pe plan aplicativ, aportul științei și tehnologiei moderne a fost și este determinant pentru progresele actuale ale practicii medicale. Tributară dintotdeauna achizițiilor cognitive și tehnice noi, medicina a beneficiat atit de perfecționările aduse metodelor de explorare instrumentală și biochimică, cît și de descoperirea a noi substanțe medicamentoase.

Grație progreselor fizicii privind cercetările asupra ultrasunetelor, laserului, semiconductorilor, biosenzorilor și altor tipuri de traductoare, au căpătat o mare extindere tehnicile de explorare neinvazivă de tipul echografiei, tomografiei, fibroscopiei, radiocirculografiei, scintigrafiei etc.

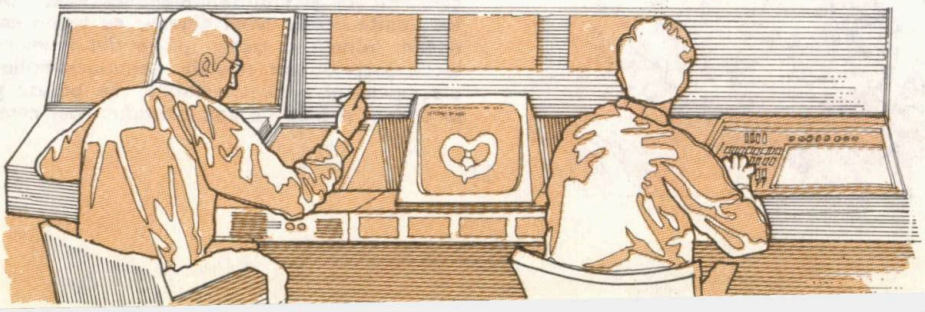
La rîndul lor, cercetările din domeniul chimiei au îmbogățit considerabil arsenalul terapeutic cu noi substanțe antibiotice, antihipertensive, coronarodilatatoare, antitumorale, neuroleptice etc.

Paralel cu numeroasele progrese cognitive și aplicative, revoluția tehnico-științifică contemporană creează noi probleme practicii și cercetării medicale. Din această categorie fac parte, în primul rînd, perturbările echilibrului ecologic produse de poluarea chimică cu substanțe toxice a aerului, solului și apelor, cu consecințe nefaste asupra biosferei, în general, și interacțiunii omului cu mediul înconjurător, în particular. Ca exemplu poate fi dată utilizarea insecticidelor în scopul combaterii dăunătorilor agricoli și însăși alimentația dezechilibrată prin adaosul de diverși conservanți cancerigeni. D.D.T., de pildă, a fost găsit pînă și în organismul pinguinilor, iar concentrația prafului, a oxidului de carbon și bioxidului de sulf în atmosfera multor orașe a crescut considerabil față de începutul secolului. Pericolul crescînd al poluării chimice, fizice și biologice face pe unii pesimiști să vorbească despre riscul unei adevărate catastrofe ecologice într-un viitor nu prea îndepărtat, dacă nu se vor lua măsuri hotărîte și eficace de protecție a mediului înconjurător, în vederea asigurării unor relații armonioase între societate și natură.

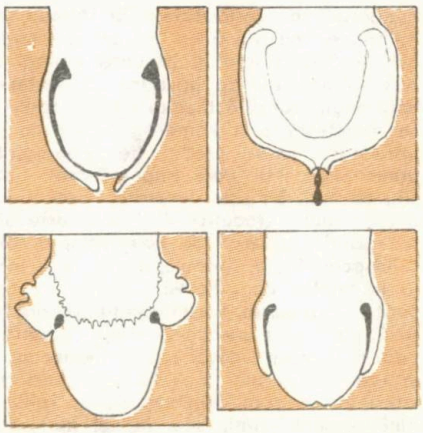
Problema menținerii echilibrului ecologic avînd nu numai implicații biologice, ci și socio-economice vitale, depășește interesele unei țări sau regiuni, devenind obiectul unor ascuțite confruntări politice și ideologice interstatale.

Probleme noi de sănătate ridică și urbanizarea crescîndă, automatizarea și chiar cibernetizarea diverselor procese tehnologice. Ritmul trepidant al vieții moderne, poluarea sonoră și suprasolicitările fizice și psihice stresante, la care este supus omul societății contemporane, constituie cauza unor veritabile crize de adaptare producătoare a unei noi patologii medicale, dominată de așa-zisele „boli ale civilizației". La pericolul celor 3 binecunoscuți „S" (surmenaj, supraalimentație, sedentarism) se adaugă tot mai mult, ca factor de risc, un al 4-lea „S", reprezentat de stresul de diferite cauze (fizic, chimic, biologic, social, informațional, conflictual, ocupațional etc.). Nu este desigur întîmplător faptul că bolile cardiovasculare și cancerul au devenit, în ultimul timp, primele cauze de mortalitate pe plan mondial. Se pare că însăși automatizarea determină unele mutații în medicină. Presupunînd precizie, repetare și monotonie, munca la mașinile cu comandă automatizată devine adeseori nevrozantă, predispunînd în multe cazuri la apariția unor dezechilibre organice sau funcționale, ca expresia stării de boală. S-a constatat, de asemenea, că simpla folosire a calculatoarelor la rezolvarea unor probleme matematice de către copii reduce gradul de solicitare nervoasă, cu consecințe negative asupra dezvoltării neuropsihice și performanțelor mintale ale acestora. Fără a subestima elementele indubitabile de progres, exemplele date atrag atenția asupra ambivalenței și implicațiilor biomedicale ale progresului științifico-tehnic contemporan, generatoare de noi probleme de studiu și responsabilități medico-sociale. Ele justifică convingător rolul determinant și din ce în ce mai important al științei în toate sectoarele vieții sociale. Căci așa cum soarta unui război nu depinde numai de competența generalilor, tot așa și sănătatea oamenilor nu depinde numai de calitatea actului medical.

Prof. dr. doc. I. HAULICĂ
I.M.F. Iași

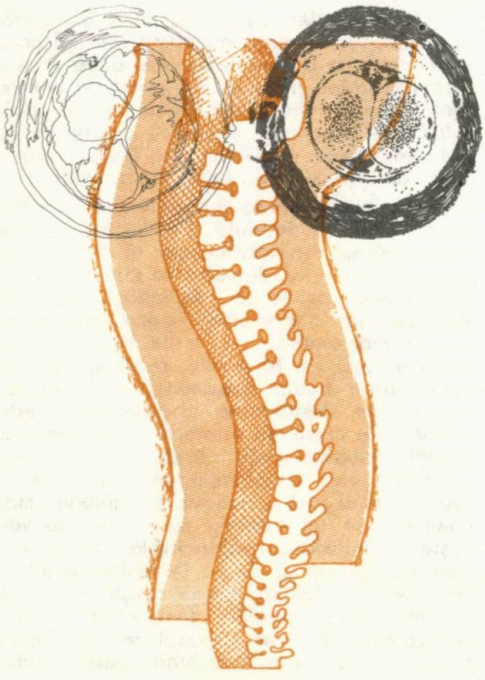


Speranțe terapeutice în bolile genetice



Studierea bolilor care se moștenesc (ereditare) a căpătat, în ultimele 3–4 decade, o dezvoltare extraordinară, legată pe de o parte de cunoașterea mecanismelor ereditare, iar pe de altă parte, din cauza descoperirii factorilor ce influențează acest proces. Așa cum este bine cunoscut, celula organismului uman are în structura sa un număr de cromozomi ficși pentru fiecare specie. Cromozomii sînt alcătuiți din numeroase molecule de acid dezoxiribonucleic (ADN) și fiecare moleculă reprezintă o genă. Cromozomii sînt formați dintr-un număr foarte mare de gene (cîteva mii), acestea fiind unitățile fundamentale ce transmit caracterele ereditare.

În mecanismul intim al înmulțirii celulare, ADN are două funcții principale. El se poate sintetiza și să se înmulțească pe sine însuși, asigurînd integritatea transmiterii celulare și, în al doilea rînd, acționează drept cod genetic, determinînd dezvoltarea celulelor. În acest proces el este ajutat de acidul ribonucleic, a cărui sinteză se realizează prin dirijarea de către ADN.



Urmărindu-se structura cromozomilor, locul pe care îl ocupă genele din structura lor, s-a ajuns să se cunoască numeroase afecțiuni cu caractere comune, care au la origine un anumit defect genetic. Astfel, numeroase boli de sînge, deficiențe enzimatice, avorturi spontane, cazuri de întîrziere în dezvoltarea sistemului nervos, malformații au fost catalogate și verificate ca fiind consecința acestor defecte genetice. Pînă acum s-au izolat peste 3 500 de așa-zise boli datorate unui defect genetic. Determinarea locului pe care îl ocupă fiecare genă la nivelul cromozomului, a defectului propriu-zis al genei, a necesitat o muncă imensă, ce a beneficiat de dezvoltarea uriașă a citochimiei celulare și moleculare, precum și a tehnicilor de urmărire a acestora. Dar procesul de cunoaștere a mecanismelor bolilor genetice nu putea să reprezinte un scop în sine. S-a născut ideea cum se pot înlocui aceste gene defectuoase și cum se pot integra apoi în mecanismele de înmulțire celulară. Aceste studii, care devin după anii 1970 foarte intense, au dus la speranța că multe din aceste maladii genetice se vor putea vindeca prin tehnici destul de complicate de inginerie genetică. Dacă la început aceste speranțe păreau cu totul utopice, rezultatele obținute în ultimii 3–4 ani îndrituiesc speranța că într-un viitor nu prea îndepărtat se va putea încerca aplicarea terapiei genetice și la om. Dintre cele peste 3 500 de boli genetice am ales astăzi două, a căror speranțe de vindecare par a fi mai apropiate. Una dintre ele este *hemofilia*.

Această boală se manifestă numai la bărbați, dar transmiterea se face prin femeie. Noi, medicii, o considerăm ca o boală recesivă legată de sex. Există mai multe feluri de hemofilie, dar cea mai frecventă (peste 85%) este *hemofilia de tip A*. După statisticile O.M.S. din ultimii ani, ea survine cam la 10 din 100 000 de locuitori. Boala este

cunoscută din antichitate și în Talmud se face mențiunea că pot fi excluși de la circumcizie băieții dintr-o familie la care ceilalți băieți născuți anterior au decedat la naștere prin hemoragii, datorită tocmai circumciziei. Boala se manifestă prin hemoragii care nu pot fi oprite și care se produc fie spontan, fie în urma celor mai mici traumatisme — lovituri sau tăieturi. Ea este datorată lipsei din sînge a unui factor (factorul VIII) care este absolut necesar în procesul de coagulare a sîngelui. Cînd acest factor lipsește, așa cum se întîmplă în hemofilie, coagularea sîngelui nu se mai poate produce. În aceste condiții, copiii hemofilici sînt ușor de recunoscut, deoarece ei poartă pe corp vînătăi sau echimoze ce survin în urma celor mai mici lovituri. Aceleași lovituri la un copil sănătos nu se reflectă cu nici un semn clinic sau, în cel mai rău caz, cu vînătăi minime și pasagere. Un loc aparte în simptomatologia obișnuită a bolii îl prezintă sîngerările dentare și imposibilitatea de a opri scurgerile de sînge din nas (epistaxisurile) sau după extragerea vreunui dinte chiar din dentiția provizorie sau de lapte. Aceste semne sînt de multe ori revelatoare pentru un copil a cărui familie nu știa pînă atunci că este un copil suferind. Este impresionant să vezi un copil care în aparență este sănătos și care, în urma unui joc mai brutal sau a unei căzături, face o așa-zisă *hemartroză*. Este de fapt unul dintre accidentele frecvente ale acestor copii și care se pot manifesta la orice încheietură. Mai frecvente la genunchi, ele se manifestă prin inflamarea uneori impresionantă a acestei articulații, însoțită de dureri atroce și de pete violacee. Astfel, copilul, care cu cîteva ore înainte se juca liniștit, devine un suferind care, în cazurile în care hemoragia este mai importantă, poate fi imobilizat luni de zile în pat. Din cauza nemișcării mușchii încep să se atrofieze, copilul nu poate îndoi genunchiul din cauza durerilor, iar mai tîrziu și din frică de a nu mai păți ceva.

Dar manifestările hemoragice pot surveni la orice nivel și la orice organe. În aproape 20% din cazuri copilul poate urina cu sînge, prezentînd hematurie care, atunci cînd persistă un timp mai îndelungat, poate duce la diverse complicații, precum și la fenomene de anemie secundară posthemoragică.

Deosebit de periculoase sînt intervențiile chirurgicale la acești copii. Aceste intervenții pot fi fatale. Din fericire, astăzi asemenea tragedii se întîmplă extrem de rar, deoarece în pregătirile preoperatorii s-au inclus, ca obligatorii, probe cu privire la coagularea sîngelui. Tratamentul acestei boli duce la ameliorarea simptomatologiei numai temporar. Se administrează diverse preparate de sînge, mai bogate în factori antihemofilici. Astfel sînt *plasma antihemofilică* sau, și mai bun, *crioprecipitatul*, care reprezintă un concentrat de factor VIII, deosebit de eficace și care face să înceteze hemoragiile, iar procesul de coagulare să revină, în funcție de doza administrată, aproape de limitele normale.

În ultimii ani a apărut și *globulina antihemofilică pură*, care este cea mai bogată și deci și cea mai activă în această boală. Toate aceste preparate, ca și multe altele care s-au mai produs în ultimii ani, stopează fenomenele hemoragice, dar au o durată limitată și trebuie administrate la intervale mai mari sau mai mici. Este un tratament așa-zis supleativ, ce nu duce la vindecarea bolii, ci numai la suplinirea temporară a factorului de coagulare absent sau scăzut. Firește că există forme de boală mai ușoare, dar și forme grave, invalidante, ce fac din acești oameni sau copii, parțial, niște infirmi.

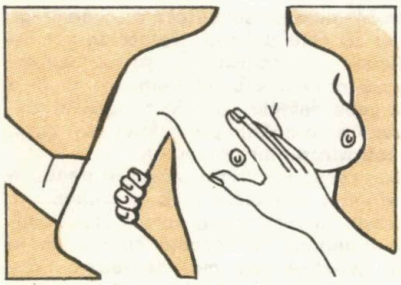
Speranța unui tratament genetic în această afecțiune a început să se infiltreze și în închipuirea acestei grupe de copii care te întreabă, adeseori, care le este perspectiva de viitor.

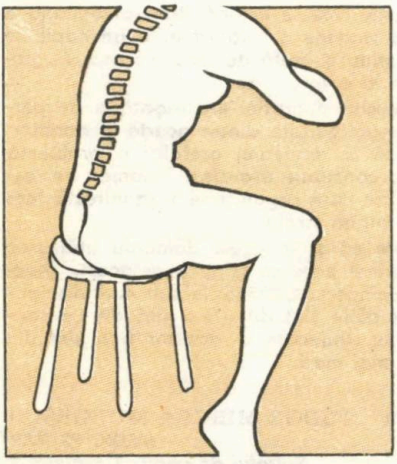
Un alt grup de boli mai puțin frecvente ca hemofiliile, dar care se întîlnesc destul de des în țara noastră, îl reprezintă *talasemiile*, cunoscute și sub denumirea de *anemii mediteraneene*, din cauza frecvenței cu care se întîlnesc în acest bazin (în Cipru 1% din copii au această boală).

Și acest grup de boli (există numeroase forme deosebite înmănunchiate sub această denumire) are la bază blocarea parțială sau chiar totală a sintezei unuia din lanțurile hemoglobinei, componentă de bază a globulelor roșii din sînge. Din această cauză globulul roșu sau hematia devine mai fragilă și nu își mai îndeplinește integral funcțiile ei, atît de necesare unei vieți normale.

Maladia Cooley, cum a mai fost denumită această anemie, după numele medicului care a descris-o ca o entitate aparte, după primul război mondial, prezintă din punct de vedere clinic o simptomatologie cu totul caracteristică, astfel încît diagnosticul se poate pune de la distanță, numai după faciesul (aspect particular al expresivității feței) bolnavului.

Boala începe să se manifeste, în general, după primul an de viață. Copilul, care pînă atunci părea sănătos, începe să devină din ce în ce mai palid, dezvoltarea somatică, care pînă atunci nu părea stînjenită, începe să stagneze, iar abdomenul devine mai proeminent, mai tuguiat, mai mare, în așa fel că mamele, cînd vin la medic, se plîng că este vorba de o boală abdominală a copilului. În realitate, destinderea abdomenului este produsă de creșterea ficatului și în special a splinei. Paloarea pielii, căreia la început nu i s-a dat prea multă importanță, își schimbă aspectul și capătă o nuanță mai gălbuie, mai pămîntie. La un examen mai atent, se vădește că mucoasa conjunctivală are un aspect fie subicteric, fie — în multe cazuri — net icteric, astfel că uneori acești copii sînt etichetați drept hepatici. Dar, ceea ce este mai caracteristic este faciesul copilului, care se schimbă de la lună la lună : baza nasului





se lărgeşte, dinţii maxilarului superior par că vor să iasă din gură, oasele craniului se modifică, iar tot aspectul copilului devine mongolian. Totodată, caracterul copilului tinde să se modifice, el devenind mai morocănos, mai indiferent, mai apatic, obosește repede, atenţia şi interesul îi scad, ca şi vioiciunea, atît de caracteristică acestei vîrste. Văzut de medic, diagnosticul nu este dificil de precizat. Există astăzi metode de investigaţii care, într-un timp relativ scurt, pot preciza că este vorba de o anemie şi apoi de ce fel de anemie hemolitică este vorba. Înainte cu cîteva decenii, aceşti copii aveau o durată de viaţă limitată, în special în cazul formelor majore de boală. Astăzi, însă, şi cei cu forme mai avansate ajung la vîrsta adolescenţei şi unii dintre ei tind să devină adulţi. Din cauza globulelor roşii care se distrug mai repede, ţesuturile nu se mai oxigenează aşa cum este necesar, iar prin distrugerea lor cantitatea de fier din organism creşte.

Aceste mecanisme duc, pe de o parte, la funcţionarea mai deficitară a tuturor organelor ce au o nevoie mai mare de oxigen, iar pe de altă parte, fierul suplimentar (în exces) se depune în ficat, în inimă etc. Din acest motiv copiii cu maladie Cooley au un randament şcolar foarte redus, capacitatea de acumulare a cunoştinţelor limitată, iar organic prezintă fenomene de miocardoză şi hepatoză ferică. Posibilităţile noastre de a influenţa boala sînt limitate. Putem administra preparate de sînge formate din globule roşii normale, de aceeaşi grupă cu a copilului bolnav. Acest aport îl înviorează, îi creşte vioiciunea şi îi redă aspectul de copil aproape normal, dar efectele sînt limitate ca durată.

Utilizarea chelatoarelor (captatoarelor de fier), a corticoterapiei şi a altor metode nu fac decît să prelungească viaţa atît de sedentară a acestor copii cu forme majore de boală.

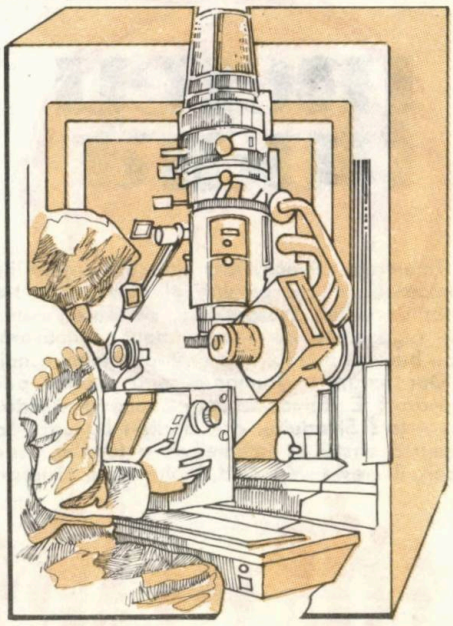
Cei la care defectul genetic este parţial au o viaţă mai apropiată de a copiilor normali şi au o supravieţuire destul de mare. Iată de ce părinţii acestor copii urmăresc şi ei, cu atîta aviditate, orice noutate ce ar da „oxigen" speranţelor lor.

Le putem spune, fără a intra în detalii tehnice, că în ultimii 5 ani s-a reuşit să se găsească posibilităţi de vindecare a acestor maladii genetice la animale. Drumul este încă foarte lung şi încercările făcute în 1980, asupra a două tinere, nu s-au soldat cu rezultatele sperate, ba dimpotrivă, au stîrnit un curent împotriva utilizării ingineriei genetice la oameni, înainte de a fi utilizată pe animale.

S-au înfiinţat numeroase grupuri de lucru în acest domeniu şi toate îşi concentrează atenţia asupra a patru aspecte :

- care este gena afectată ;
- care este defectul biochimic al genei afectate :
- cum se poate remedia acest defect ;
- cum se poate îngloba noua genă în procesul de reproducere celulară.

În 1982, s-a obţinut un succes remarcabil la o insectă, *Drosofila* (muscuţă de oţet), ce prezenta un defect genetic în ceea ce priveşte aspectul şi culoarea ochilor. Dar aceste



vindecări s-au obținut prin injectare de gene noi (normalizate) în embrionul acestei insecte.

În 1984 s-a reușit cercetarea așa-zisului nanism ereditar la șoareci. Această deficiență, care se datora alterării unei gene particulare, a putut fi corectată. În prezent un mare număr de cercetări, care la început erau îndreptate pentru corectarea talasemiei, sînt dirijate asupra maladiei Lesch-Nyhan. Această boală dă la sugari o întîrziere cerebrală marcată, tulburări nervoase importante, ce se traduc prin agresivitate și chiar automutilări. Unele grupuri de studiu consideră că este posibil ca în următorii 4 ani să se poată trece la experimentarea umană a terapiei genetice. Primele tentative ale terapiei genetice se pare că vor utiliza retrovirusurile ca vector al înglobării genelor noi (sănătoase) în organism. Această metodă a suscitat numeroase controverse, deoarece retrovirusurile ar putea potența unele virusuri lente cancerigene. Aceste retrovirusuri sînt însă bine cunoscute și nu pot provoca cancere decît la șoareci. Cu ajutorul lor s-a reușit grefarea de gene eficiente, care să se înmulțească mulțumitor la rozătoare. Rezultatele, deși imperfecte, sînt totuși foarte promițătoare.

Ultimele protocoale consistă în creșterea eficacității de transplantare a genelor în celulele măduvei osoase la maimuțe. Pe măsura obținerii unei înalte eficacități, se crede că se vor putea face încercări clinice chiar din 1988. Fără îndoială că rămîn încă numeroase probleme de rezolvat și, dintre acestea, se înscriu problemele de securitate a încercărilor, asigurarea că celulele nou grefate se vor înmulți suficient în organism, în așa fel încît organismul să rămînă sub influența lor și nu a celorlalte gene defecte ; în sfîrșit, persistă discuțiile asupra planării pericolelor în cazul utilizării retrovirusurilor ca vectori.

Este bine că se iau toate măsurile pentru a putea învinge obstacolele încă prezente.

Noi trebuie să reținem că vom asista în viitor la soluționarea pe această cale a unora din bolile genetice cele mai de temut. Concomitent, se utilizează și alte metode, mergîndu-se pe căi diferite.

Astfel, în 1982, o echipă italo-americană a reușit să vindece o talasemie la un copil de 16 ani, printr-o grefă de măduvă osoasă, obținută de la o soră a sa.

Dar reușita operației era legată și de perfecta compatibilitate dintre gazdă și donator. Se știe că în domeniul grefelor o problemă majoră o constituie așa-zisul fenomen de respingere, pe care organismul îl manifestă față de orice organ străin.

Se pare că și în acest domeniu utilizarea Cyclosporinei pare să tempereze aceste reacții de respingere. Cercetările sînt multidisciplinare, iar căile sînt diferite ; iată de ce speranțele de vindecare a acestor boli sînt din ce în ce mai mari.

Dr. TUDOR MIRCEA MURGEȘCU
MEDIC PRIMAR
Spitalul de copii „Caraiman"

mereu tînără

Tinerețea veșnică, iată una din aspirațiile dintotdeauna ale omului, al cărei elixir l-a visat și căutat. Prospețimea, vitalitatea naturii, regenerate cu fiecare nouă primăvară, l-au bucurat mereu, i-au deșteptat elanuri noi.

Dar natura e frumoasă, oare, numai primăvara ? E frumoasă doar copilăria și adolescența ? Și adultul are marile-i bucurii ! La această vîrstă își întemeiază o familie, are copii, îi crește. Muncind, înalță case, făurește mașini, amenajează parcuri, creează bunurile necesare vieții de zi cu zi, spre a o face mai ușoară și mai frumoasă.

Și vîrsta a treia are frumusețile sale. Nu este oare fericit bunicul cînd se odihnește pe o bancă în parc, urmărind joaca nepoțelului sau a nepoticii ? Nu este mulțumit cînd face bilanțul realizărilor sale de o viață ? Casă, familie, urmași ce-i continuă munca în fabrică, birou, sau după-amiaza în micul parc din fața blocului ?

Ne putem imagina altfel lumea ? Ne putem imagina o lume fără copii ? Nu, fiindcă în scurt timp ar înceta să mai existe ! În cîteva decenii n-ar mai exista nici adulți și, cît de curînd, nici bătrîni. Nici cine să lucreze, nici cine să se bucure de roadele muncii de o viață !

Aparținem unei națiuni. Unui popor ce a rezistat vicisitudinilor, care și-a apărat cu îndârjire pămîntul pe care îl locuiește de milenii. Avem o țară frumoasă, hărăzită cu destule bogății. Cea mai mare avuție, însă, a reprezentat-o munca poporului nostru, bunurile făurite de înaintașii noștri, de noi înșine. Sîntem mîndri cînd, în cele mai îndepărtate colțuri ale globului, sîntem cunoscuți și lăudați pentru ce am realizat. Sîntem mîndri de locul dobîndit printre celelalte popoare ale lumii. Dar trebuie să ne preocupe și continuitatea a tot ce este românesc.

Viitorul unei națiuni stă, în primul rînd, în tinerețea sa, în vigoarea sa, în capacitatea de a-și asigura urmași, toți sănătoși, puternici, inteligenți, instruiți.

Ne-am numărat întotdeauna printre popoarele cu un mare număr de nașteri. Odinioară — și nu prea demult — condițiile precare de viață ale imensei majorități a populației, lipsa asistenței medicale, nivelul educativ-sanitar extrem de scăzut făceau ca moartea să secere mulți copii, imediat după naștere sau în primii ani de viață. Războaiele, calamitățile naturale, foametea au crescut de fiecare dată mortalitatea infantilă și au redus natalitatea.

Ultimul război mondial a demonstrat din plin acest lucru. Populația României, în loc să-și continue creșterea, a început să scadă. Pentru țara noastră, minusul de populație datorat acestei ultime mari conflagrații a fost estimat la peste 1 300 000 de locuitori !

Avîntul general, în toate domeniile, declanșat odată cu începerea operei de edificare a noii societăți, s-a răsfrînt și asupra fenomenelor demografice. Natalitatea în țara noastră a revenit la valori ridicate. Mortalitatea infantilă a început să scadă simțitor. Populația României înregistra astfel creșteri importante, an de an.

Din 1957, odată cu liberalizarea avorturilor, natalitatea a început să scadă însă, mai lent în anii imediat următori, apoi de-a dreptul vertiginos, ajungînd la niveluri alarmant de joase. Se impuneau măsuri urgente de sprijinire a natalității, de ajutorare a familiilor cu mulți copii, de adoptare a unei noi reglementări legale referitoare la avorturi. Noua politică demografică adoptată de către conducerea de Partid și de Stat în 1966 și-a relevat din plin justețea. Natalitatea, sporul natural s-au redresat, iar populația țării și-a reluat creșterea numerică în ritm alert. Azi numărul locuitorilor României a trecut de 23 de milioane, în timp ce, cu două decenii în urmă, abia depășise cifra de 19 milioane.

Care ar fi fost situația dacă nu ar fi fost adoptată o nouă strategie demografică ? Întreaga țară ar număra azi, cu aproape 3 milioane de locuitori mai puțin ! Mai precis, cu aproape 3 milioane mai puțini copii și tineri în vîrstă de pînă la 20 de ani ! Ne-am putea imagina că mai mult de o treime din elevii ce umplu cu glasurile lor pauzele dintre orele de clasă, în curtea școlii învecinate, nu ar fi existat ? Că o treime din micii gălăgioși ce aleargă pe aleile parcului, sub privirile grijulii ale educatoarei, pur și simplu nu ar fi ajuns să se nască ?

Avem cuvinte de laudă pentru popoarele scandinave, pentru japonezi, ce și-au făurit bunăstarea prin munca lor și mai puțin prin ceea ce le-a oferit natura sau prin ce ar fi putut lua de la alte națiuni, subjugîndu-le. Marea lor problemă de azi, ca de altfel pentru numeroase alte națiuni ale continentului nostru și ale celui nord-american, o reprezintă tocmai scăderea natalității, îmbătrînirea continuă a populației. Crește an de an ponderea populației „vîrstnice", de peste 65 de ani, scade numeric populația activă. Mai puțini copii înseamnă, peste două-trei decenii, mai puține familii, deci și mai puține nașteri ! Din ce în ce mai puține brațe care să muncească, să construiască, mai puține minți care să creeze. Națiunile cu copii puțini își pierd treptat vigoarea, se îndreaptă, inevitabil, înspre dispariție.

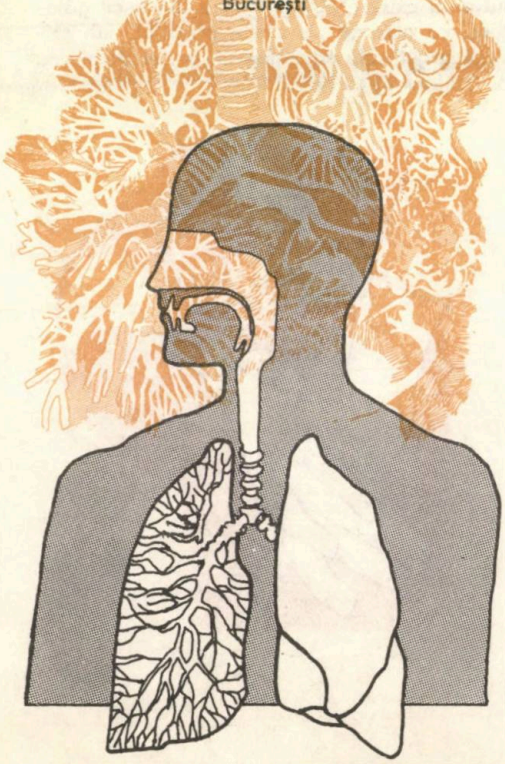
Avem o datorie extraordinară, o datorie vitală, față de familie, națiune, specia umană ! Aceea de a le asigura continuitatea.

Pentru femeie, pe care natura a înzestrat-o cu minunatul dar de a făuri viață, nu există o mai nobilă îndatorire decît aceea de a naște, de a crește copii, de a menține națiunea, umanitatea, mereu tinere.

Dr. N. CRIȘAN
SPITALUL CLINIC AL MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

FUMATUL ȘI SARCINA

Dr. ELENA BARNEA
CERCETĂTOR ȘTIINȚIFIC PRINCIPAL
Institutul de Igienă și Sănătate Publică, București



În prezent, prin extinderea și intensitatea fumatului la femei, îndeosebi la cele tinere, efectele fumatului asupra copilului în timpul dezvoltării intrauterine sînt dintre cele mai grave și frecvent întîlnite.

Primele observații asupra dăunării tutunului în dezvoltarea embrionului și fătului au fost făcute la sfîrșitul secolului al XIX-lea, în Austria și Franța, la muncitoarele ce manipulau frunze de tutun și produsele de prelucrare în scopul fabricării țigaretelor. Ele nășteau mult mai frecvent feți morți sau copiii decedau în primele săptămîni după naștere. Adeseori interveneau avorturi spontane, cu pierderea sarcinii.

În anii 1935–1936 apar însă lucrări științifice care dovedesc că la gravidele fumătoare se produc efecte similare. În anul 1940, Essenberg reproduce experimental aceste efecte la șobolance însărcinate, la care fie că se injecta nicotină, fie că erau expuse fumului de tutun, ca poluant în aerul respirabil.

Odată cu răspîndirea fumatului după al doilea război mondial la o mare proporție dintre femei, în special în țările Europei occidentale, S.U.A. și Canada (circa 30–35%), apare, pe scară largă, statistică, efectul fumatului gravidei asupra organismului copilului în perioada de dezvoltare intrauterină. Dintre toxicile pe care le conține tutunul, în special *nicotina* și *oxidul de carbon* sînt cele cu efecte negative asupra corpului embrionului sau fătului. Ele trec prin circulația placentară în organismul copilului în curs de dezvoltare, producînd efecte nedorite. Posibilitatea de a menține sarcina la termen este perturbată de către nicotină, datorită acțiunii ei

asupra vaselor sanguine, producînd hemoragii și strîmtarea vaselor, la care se mai adaugă și efectul toxic direct asupra țesuturilor în dezvoltare. Oxidul de carbon blochează posibilitatea de transport a oxigenului de către hemoglobină, prin formarea *carboxihemoglobinei* în sînge. Carboxihemoglobina ajunge în concentrație mai mare în sîngele fetal decît în cel al mamei, deoarece semiviața (timpul de înjumătățire) acestui gaz este de 2 ore la mamă și de 6 ore la făt.

Datorită efectelor nicotinei, oxidului de carbon și a altor substanțe din fumul de tutun, prin mecanisme ca cele descrise și altele, este posibilă oprirea evoluției sarcinii sau dezvoltarea sa mai puțin optimă, cu efecte care se traduc, la naștere, prin declanșarea prematură a travaliului (naștere prematură) sau, chiar dacă sarcina este dusă la termen, nou-născutul poate prezenta tulburări de respirație și adaptare și, nu arareori, copilul are o greutate cu circa 200 g sub cea normală, uneori acest deficit de greutate fiind cu mult mai marcat (greutatea copilului sub 2 500 g). Efectul poate fi atît de puternic, încît copilul fie că se naște mort, fie că decedează în primele 6 zile (mortalitate prenatală, care se exprimă la 1 000 de copii născuți).

Într-un studiu efectuat pe 113 000 de nașteri din Walles, S.U.A. și Canada, s-a constatat o greutate sub normal de 2,3 ori mai frecventă la copiii născuți din mame fumătoare, față de cei născuți din nefumătoare. Într-un alt studiu, efectuat în provincia Ontario din Canada, nașterile de copii sub 2 500 g au fost de 2 ori mai numeroase în cazul gravidelor fumătoare. Rezultate asemănătoare au fost găsite și în Franța, Israel, R.F.G., Polonia etc. Într-un studiu pe care l-am efectuat personal, pe 3 000 de nașteri, în 4 clinici din București, s-a constatat o frecvență a fumătoarelor de 27%; frecvența copiilor cu greutate sub normal la acestea a fost de 2,7 ori mai mare decît la nefumătoare, iar cea a copiilor sub 2 500 g a fost de 3,2 ori mai mare. Copiii născuți cu greutatea, în special, sub 2 500 g prezintă o deficiență de sănătate pe parcursul dezvoltării, în mod deosebit în primul an de viață.

O categorie însemnată de tulburări produse de fumat la femeile gravide sînt și complicațiile sarcinii și ale travaliului; apar nașteri precoce, așa cum s-a arătat, și decese, cauza fiind hemoragiile placentare, ruperea prematură a membranelor, ruperea placentei etc. Accidentele de sarcină și naștere survin mult mai frecvent la femeile fumătoare.

În studiile anterior citate, s-a constatat că decesele perinatale se produc de 1,5 ori, pînă la dublu și triplu, chiar mai frecvent, la copiii născuți din mame fumătoare (fumatul însumîndu-se adesea și cu consumul de alcool, tulburări de alimentație a gravidei, deficiențe în igiena sarcinii etc.). În studiul din Ontario, mortalitatea perinatală a fost de 28,2‰ la fumătoarele sub un pachet de țigări pe zi și de 31,8‰ la cele care fumau peste un pachet pe zi. În studiul de la noi s-au obținut corelații cu un consum de 15 țigări pe zi, dar chiar în cazul unui consum de numai 5 țigări pe zi s-au născut copii cu deficit de dezvoltare.

Uneori din cauza fumatului mamei în timpul sarcinii se nasc copii cu malformații congenitale (localizate la inimă, extremități). Acest risc a fost semnalat de către cercetătorii din

R.F.G., chiar în legătură cu fumatul patern, explicația constînd în alterări cromozomiale în celulele germinale.

Copiii născuți din mame fumătoare prezintă nu numai deficiențe fizice, ci și chiar mental-intelectuale, pe parcursul dezvoltării, pînă la vîrste destul de avansate. Unul dintre cele mai concludente studii în acest sens a fost efectuat în Anglia, pe 17 000 de copii, care au fost ținuți sub control medical, inclusiv de dezvoltare psihointelectuală, pînă la vîrsta de 11 ani. S-a constatat pe parcursul etapelor de școlarizare o întîrziere cu 3–5 luni la citit, socotit și alte teste, la elevii a căror mame au fumat în timpul sarcinii.

Prin teste mai speciale, la o proporție mai mică, s-au evidențiat chiar dereglări psihice și dereglări encefalografice.

Efectele de care s-a vorbit nu sînt rare, dar alteori sînt nespecifice, greu de identificat ; copiii din femei gravide fumătoare prezintă o dezvoltare fizică mai deficitară, lipsă de rezistență la efort fizic, lipsa poftei de mîncare, paloare, oboseală etc.

Toate aceste date pledează pentru combaterea fumatului în perioada de sarcină și, în general, a fumatului la sexul feminin, asupra căruia are efecte mult mai largi, organismul femeii fiind mult mai sensibil și, în plus, destinat nașterii.

Combaterea fumatului la femei este una din acțiunile cele mai dificile, adeseori fiind vorba de persoane la care s-a creat o obișnuință anterioară, sau care apelează la fumat pentru a compensa starea de greață, vomă, mirosuri neplăcute, care mai survin în timpul sarcinii.

Dar orice gravidă trebuie să fie suficient de matură încît să judece că pentru a avea un copil sănătos și bine dezvoltat este nevoie de renunțare la practicarea fumatului, care s-a dovedit atît de nocivă pentru dezvoltarea viitorului copil. Ideal este ca nici viitorul tată să nu fumeze, atît pentru a-și ajuta soția, dacă eventual este fumătoare, cît și pentru a nu o transforma într-o „fumătoare pasivă", acesta fiind un risc care nu trebuie deloc neglijat.

În unanimitate medicii sînt de acord că pentru a avea copii sănătoși abstinența părinților — și în special a mamei — de la fumat este o regulă de la care este de dorit să dispară orice excepție.

Ție îți stringem lumini
Pentru mîine.
Cu inimile tari
Fărîmăm ziduri de trecere
Către trepte...
Pentru tine căutăm putere
În inima pietrei...
Pentru tine vom planta
În grădini suspendate
Ramuri de pace...

Și vom usca
Lacrimile toate...
Tu doar zîmbește,
Între ziuă și noapte,
Înfășoară-te în candoare,
Haina ta albă prin care
Nu pătrunde ura !

ELENA LEONORA FRUGINĂ
Membră a Cenaclului cultural-patriotic
„Vasile Cârlova"

TURISMUL ŞI FACTORII BALNEO-CLIMATERICI ÎN PREVENIREA ŞI TRATAMENTUL UNOR BOLI PSIHICE

ŞT. NICA-UDANGIU şi LIDIA NICA-UDANGIU,
DOCTORI ÎN ŞTIINŢE MEDICALE

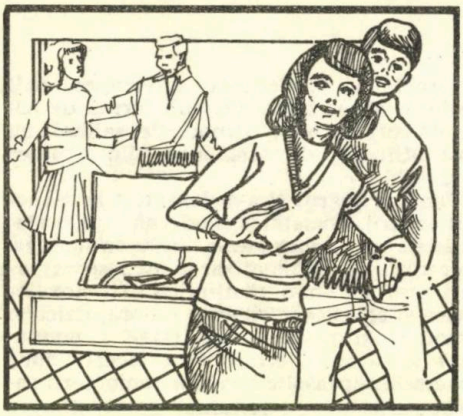
Folosirea turismului şi a factorilor balneoclimaterici în prevenirea şi tratamentul unor boli psihice datează din cele mai vechi timpuri. Turismul cuprinde activităţile cu caracter recreativ ori sportiv, constînd din parcurgerea, pe jos sau cu diferite mijloace de transport, a unor regiuni pitoreşti ori interesante din anumite puncte de vedere. Climatoterapia şi balneoterapia sînt utilizate şi în prezent în profilaxia şi în combaterea tulburărilor mintale.

Primele date scrise despre întrebuinţarea hidrotermoterapiei se găsesc în cărţile indiene (1500 de ani î.e.n.) şi în cele egiptene (600 de ani î.e.n.). Hipocrate (460—375 î.e.n.) a introdus principiul naturii vindecătoare (*„natura medicatrix“*) : stimularea forţelor naturale interne ale organismului şi folosirea forţelor naturale externe pe care natura le pune la dispoziţie. Una din cele mai importante scrieri cuprinsă în „Corpus hipocraticum“ este lucrarea „Despre aer, ape şi locuri“, apreciată ca prima carte de meteoropatologie şi prima antropologie medicală geografică.

Templele lui Asclepios (Esculap, zeul sănătăţii) erau aşezate în mijlocul naturii, contribuind prin factorii climaterici (aeroterapia, helioterapia, peisajoterapia, talasoterapia) la vindecarea diferitelor boli psihice. Apele minerale, sub formă de băi ori de cură de băut, nămolurile, salinele au fost utilizate, de asemenea, din timpuri străvechi.

Omul a apărut şi s-a dezvoltat în mijlocul naturii. Societatea modernă (prin elementele ei : urbanizarea, industrializarea, mecanizarea, automatizarea etc.) se caracterizează printr-o multiplicare a noxelor fizice şi chimice (poluarea sonoră, fizică şi chimică) şi printr-o depărtare a omului faţă de natură. Necesitatea refacerii după diversele suprasolicitări şi a combaterii sedentarismului a determinat o dezvoltare a turismului, care a luat o mare amploare, căpătînd un caracter de masă. În felul acesta se realizează o apropiere faţă de natură, dar, uneori, se ajunge la o aglomerare obositoare în zonele apropiate de marile aşezări urbane.

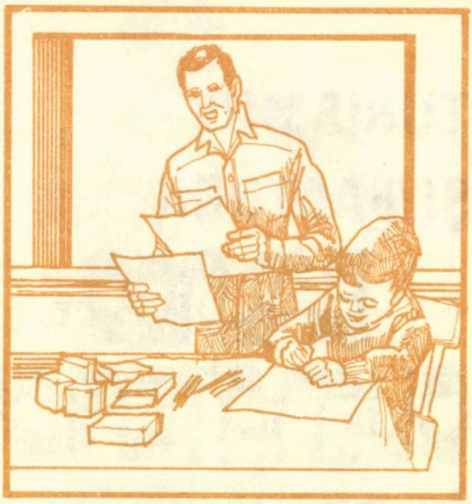
Acţiunea sedativă şi tranchilizantă a naturii se exercită atît prin efecte psihologice (de tip „placebo“), cît şi prin efecte biologice : aerosoli (de pădure ori marini), aeroioni negativi (ioni mici cu încărcătură negativă, existenţi în număr mare în zonele cu aer curat, avînd un rol important în prevenirea şi în tratamentul bolilor psihice, prin acţiunea lor asupra sistemului nervos etc.).



Natura se prezintă într-o infinitate de peisaje, care pot avea o acţiune tonică, anxiolitică, antidepresivă : cerul senin, soarele cu razele sale mîngîietoare, feeria nocturnă a bolţilor înstelate, izvorul cu apă limpede, cu glasul său tremurător ; lacul liniştit şi vrăjit al codrilor, pădurea falnică şi măreaţă, poienile cu mirosul ierbii şi al florilor multicolore, zăvoiul „cu păr de sălcii“ (Pillat), „dumbrava minunată“ (Sadoveanu), cîmpiile cu lanuri de grîu, de porumb şi de floarea-soarelui, dealurile cu viile şi pomii roditori, munţii cu frumuseţea culmilor şi vîrfurilor înalte, marea cu vocea inconfundabilă a valurilor etc. În poezia „Noaptea de mai“, Macedonski a surprins, cu deosebit talent, acţiunea vindecătoare a naturii, în diversele suferinţe psihice :

...„O, feerie a naturii, desfăşură-te în splendoare,
Regret suprem al fiecărui în tainicul minut cînd moare,
Fiindcă tu eşti pentru suflet repaus dulce şi suprem,
O, feerie a naturii, vindecătoare de nevroze,
Ce ne-mbuneşti fără ştiinţă şi ne mîngîi fără să vrem...“

Diferitele tipuri de climat acţionează prin elementele fizice (temperatura, umiditatea, presiunea atmosferică, lumina, radiaţiile solare, cîmpul electric atmosferic),



chimice (compoziţia chimică, puritatea aerului), geografice-geologice (situaţia geografică : latitudinea, longitudinea, altitudinea, natura solului şi subsolului) şi estetice (peisajul).

Aeroterapia. Aerul curat este mai bogat în aeroioni încărcaţi cu electricitate negativă, avînd efecte favorabile asupra vieţii psihice.

Plimbările în zonele cu aer curat constituie un mijloc important de prevenire a îmbolnăvirilor psihice. De asemenea, aeroterapia este utilizată în tratamentul diferitelor boli psihice.

Helioterapia. Expunerea parţială ori totală (plajă) a corpului la acţiunea razelor solare şi a aerului contribuie la călirea organismului, fiind un mijloc nespecific de prevenire a bolilor mintale. Persoanele care prezintă o stare de surmenaj vor evita expunerile prelungite la soare. Iradiaţia solară intensă este contraindicată în bolile psihice (nevroze, stări depresive, psihotici trataţi cu neuroleptice etc.).

Peisajoterapia. Aforismul (lansat de Ladouzy) „Sănătatea vine, de asemenea, prin ochi“ („La santé vient, aussi, par les yeux“) subliniază rolul jucat de peisaj într-o staţiune balneoclimaterică. Rezultatele profilactice şi terapeutice sînt mai bune în staţiunile cu un peisaj armonios şi încîntător. Un efect tranchilizant deosebit

îl au spațiile verzi, pădurile, rîurile, lacurile, grădinile. Stațiunile balneoclimaterice trebuie să fie protejate de poluarea tipică marilor aglomerări citadine. De asemenea, în arhitectonica stațiunilor se recomandă evitarea edificiilor înalte, care retează peisajul (împiedicînd astfel unul din elementele terapeutice).

Climatul de munte. Din cele mai vechi timpuri omul a fost atras de frumusețea și măreția munților, de varietatea peisajelor, de acțiunea lor tranchilizantă și psihoenergizantă. În toate tipurile de boli psihice climatul de munte este preferat altor tipuri de climate. În țara noastră au fost descrise trei tipuri de climat montan :

— *regiunile cu altitudine joasă* (600—1 000 m), cu un climat tonic blînd (de cruțare). Acest climat de limită, pe de o parte sedativ, iar pe de altă parte psihoenergizant, se recomandă tuturor vîrstelor (fiind suportat și de copii și de vîrstnici). Cura de altitudine joasă este indicată atît pentru sedarea persoanelor cu anxietate și iritabilitate, cît și pentru stimularea celor cu oboseală, apatie, depresie psihică. Climatul de altitudine joasă se întîlnește la Azuga (895—935 m), Băile Tușnad (650 m), Bușteni (882 m), Cheia (871 m), Covasna (550—600 m), Lacul Roșu (980 m), Pîrîul Rece (960 m), Poiana Țapului (800—900 m), Sinaia 798—971 m), Timișul de Jos (740 m), Timișul de Sus (820 m), Vatra Dornei (802—858 m) etc.;

— *regiunile cu altitudine mijlocie* (1 000—1 800 m) păstrează încă acțiunea echilibrantă (pe de o parte sedativă, iar pe de altă parte psihotonă), însă, pe măsura creșterii altitudinii, predomină efectele tonice-stimulante. Cura de altitudine mijlocie se poate realiza la Păltiniș (1 442 m), Poiana Brașov (1 030—1 110 m), Predeal (1 040—1 110 m), Stîna de Vale (1 102 m), Băile Harghita (1 345 m) etc. ;

Cura de altitudine joasă și mijlocie se recomandă atît în profilaxia primară a bolilor psihice (adică persoanelor sănătoase, pentru odihnă activă și reconfortare), cît și în profilaxia secundară (prevenirea recăderilor și menținerea remisiunilor la foștii bolnavi psihici) și cea terțiară (recuperarea unor boli psihice) ;

— *zona munților înalți* (peste 1 800 m) se caracterizează printr-un climat aspru, stresant. Altitudinea de 2 000 m este considerată limita superioară a bioclimatului cu caracter terapeutic. Cura de altitudine la peste 2 000 m este contraindicată în orice afecțiune psihică. Acest climat este accesibil numai persoanelor tinere, recomandat în vederea antrenării și călirii la sportivi și la alți tineri sănătoși.

Climatul de dealuri și podișuri cuprinde regiunile cu altitudine între 200—300 și 600—800 m. În aceste regiuni există un bioclimat sedativ (climat de cruțare), caracterizat prin temperaturi și presiuni atmosferice moderate (ierni destul de blînde și veri răcoroase), umezeală și dinamică redusă a curenților de aer. În țara noastră acest climat se întîlnește în Subcarpații Moldovei și Munteniei, dealurile vestice

(crişene), Podişul Transilvaniei, Podişul Moldovei şi cel Dobrogean.

Staţiunile balneoclimaterice din zonele de dealuri şi podişuri beneficiază de un aer curat, bogat în ioni (mai ales în regiunile împădurite). Climatul de cruţare (sedativ-nestresant) este recomandat la toate categoriile de bolnavi psihici, atît la tineri, cît şi la vîrstnici şi copii. Din numărul foarte mare de staţiuni cu climat de cruţare, climat de dealuri şi podişuri, amintim pe următoarele : Agapia (480 m), Băile Felix (140 m), Băile Govora (360 m), Băile Herculane (160 m), Băile Olăneşti (450 m), Băile 1 Mai (140 m), Biborţeni (490 m), Bodoc (549 m), Breaza (380 m), Buziaş (128 m), Căciulata (280), Călimăneşti (260 m), Moneasa (290 m), Sovata (475), Soveja (500 m), Tîrgu Ocna (280 m), Vălenii de Munte (330 m) etc.

Climatul de cîmpie cuprinde regiunile cu o altitudine sub 200 m, climat întîlnit în Cîmpia Română, Cîmpia Tisei. Este un climat excitant-solicitant, caracterizat printr-o solicitare marcată a psihicului. Climatul de cîmpie este sărac în ioni negativi, însă condiţiile pot fi îmbogăţite prin amenajarea de spaţii verzi. Deşi în general climatul de cîmpie nu este recomandat bolnavilor psihici, totuşi el este util în stări prenevrotice, în nevroze uşoare, în stări depresive moderate etc. Este vorba de o perioadă de concediu efectuată la ţară, departe de oraşele aglomerate. Senzaţiile noi provocate de viaţa la ţară favorizează vindecarea unor tulburări psihice.

De asemenea, climatul de cîmpie (acţionînd prin aeroterapie, helioterapie, peisajoterapie) este indicat la persoanele sănătoase, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor, prin călirea organismului (călire fizică şi psi[illegible]). Dintre localităţile balneoclimaterice de cîmpie amintim : Amara (judeţul Ialomiţa), Balta Albă (judeţul Buzău), Movila Miresii (judeţul Brăila) etc.

Climatul maritim. Acest climat se întîlneşte la noi în ţară pe litoralul Mării Negre (la o altitudine de la 0 la 35 m) avînd un efect excitant-solicitant. În general, concediul la mare este interzis bolnavilor psihici. Această interdicţie nu este însă absolută. Climatul maritim este util la unele forme de boli psihice (nevroze uşoare, depresii moderate etc.).

Chiar la unii bolnavi psihotici în faza de remisiune este posibil un sejur scurt (5—7 zile), cu evitarea şederii unui timp prelungit la soare. La bolnavii psihici cu elemente de iritabilitate se recomandă alegerea lunilor care sînt mai puţin călduroase (mai, iunie, septembrie). Climatul de litoral este indicat la persoanele sănătoase, în scopul prevenirii îmbolnăvirilor prin călirea realizată cu ajutorul băilor de mare (talasoterapie) şi de soare (helioterapie).

Hidroterapia şi hidrotermoterapia constituie o metodă de prevenire ori de vindecare a bolilor prin utilizarea apei în cură externă. Acţiunea apei simple se bazează pe efectele ei de excitaţie mecanică şi termică. V. Priessnitz (în 1826) a pus la punct unele aspecte de tehnică a hidroterapiei şi a obţinut o serie de succese terapeutice în tratamentul unor psihoze şi nevroze prin imersii în apă rece. După o perioadă de extindere a acestei metode s-a observat că hidroterapia rece nu este indicată decît în unele cazuri.

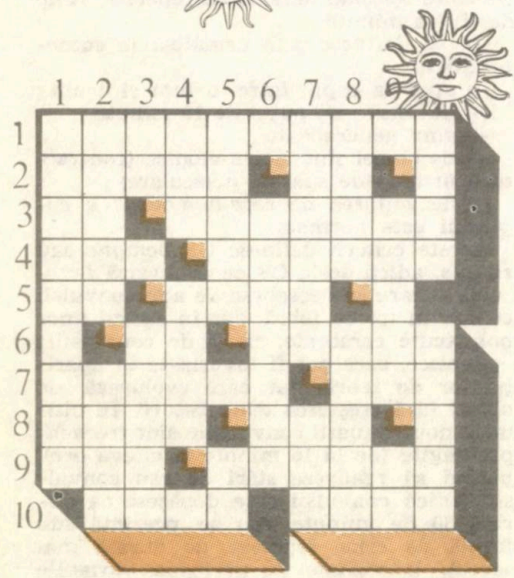
Fleury a utilizat efectul sedativ al apei calde.

Hidroterapia a fost larg aplicată în psihiatrie. În prezent se aplică în scop profilactic pentru călirea organismului, dar şi în scop curativ, în afecţiunile nevrotice (băile de plante, duşurile etc.) Efectul terapeutic al duşurilor se bazează (ca şi hidroterapia prin imersie) pe acţiunea excitantului termic (cald, rece ori alternativ). Acţiunea cea mai tonică o au „duşurile scoţiene", o metodă de hidroterapie contrastantă, efectuată cu presiune ridicată.

Crenoterapia se referă la prevenirea şi tratamentul bolilor cu ape minerale utilizate în cure interne (cură de băut). Această metodă este rar folosită în psihiatrie, [illegible] la unii bolnavi nevrotici.

Călătoriile au fost utilizate, de multă vreme, ca mijloc de prevenire şi de tratament al bolilor psihice. În recomandarea călătoriilor trebuie să ţinem seama de stadiul bolii psihice (excursiile se vor efectua numai după trecerea fazelor acute), de tipul afecţiunii şi de tipul personalităţii bolnavului. Ca mijloc de profilaxie se pot utiliza diversele tipuri de turism : turismul la sfîrşit de săptămînă, turismul în concedii ori vacanţe, excursiile în colectiv ori individuale, excursiile făcute „pe jos" ori cele cu diferite mijloace de transport (cicloturismul, turismul automobilistic etc.).

Pe țărmul Mării

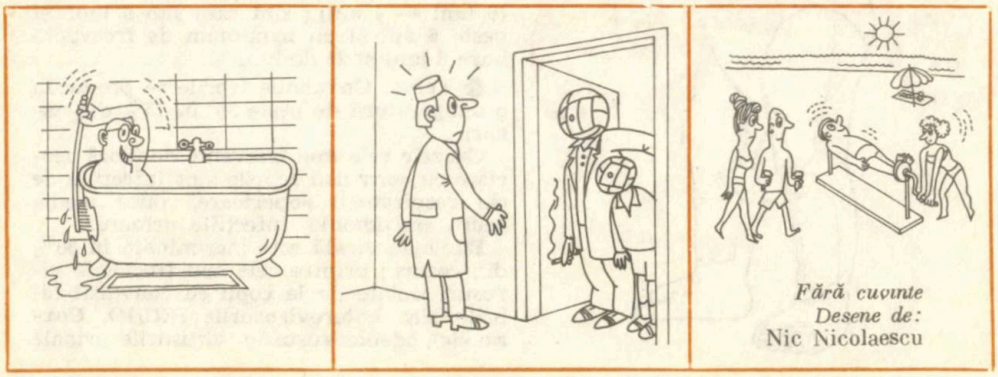


Orizontal : 1. „Stațiunea tinereții" de pe litoral. 2. Hotel din Mamaia, lîngă „Vega" – în fața ferestrei ! 3. ...și a piscinei ! – Însorita scenă a vacanțelor la mare. 4. Mia nu-i la Mamaia ! – Eroină din romanul „Mamaia by night", de Szász János. 5. În focarul lupei ! – Căpitanul „Penelopei" din romanul „Toate pînzele sus", de Radu Tudoran. 6. Vasile Nicolescu – Proeminent. 7. Pitoresc bar din Mamaia – circa (abr.). 8. Pericol posibil – „...marin", poezie de Ion Pillat. 9. Atracția mării – O perlă din șiragul de nestemate al litoralului românesc. 10. Hotel cu nume de fată din Mangalia Nord. – Stațiune maritimă în Spania.

Vertical : 1. Cea mai sudică dintre stațiunile de pe litoralul românesc al Mării Negre (2 cuv.). 2. Stațiune de pe litoral născută parcă din spuma mării – „...albastră", piesă de Leonida Teodorescu, evocînd munca eroică a celor de pe mare. 3. Avanscenă ! – Autorul unui „Peisaj din Techirghiol" (Octavian). 4. Pătură (pop.) – Pericol pentru cei care se aventurează în largul mării. 5. O altă fată pe firma unui hotel din Mangalia Nord – Merge de două ori la Mamaia ! 6. Pictor român (1886–1940), realizatorul tabloului „Case la Mangalia". 7. Numele a două stațiuni de pe litoral (Nord și Sud) – Prenume feminin... la temă ! 8. „...pe malul mării", melodie de Sile Dinicu – Mică grădină publică. 9. Din trecutul îndepărtat – Eforie Sud ! 10. Plutesc pe apele lacului Siutghiol (sing.) – Val de mare.

Dicționar : Arez

ADAM STOICA



Fără cuvinte
Desene de:
Nic Nicolaescu

Ce trebuie să ştim despre convulsiile febrile la copil

Prof. dr. VALERIU POPESCU
Clinica de Pediatrie, Spitalul Clinic de Copii „23 August", Bucureşti

Ce sînt convulsiile febrile ?

Convulsiile febrile (CF) sînt convulsii determinate de febră. În cursul crizei (atacului, accesului) convulsive copilul îşi pierde cunoştinţa şi devine rigid sau/şi prezintă spasme musculare repetate, timp de cîteva minute.

CF se definesc prin următoarele caracteristici :

— apar la copil între 6 luni şi 4 ani ;
— durează mai puţin de 15 minute ;
— sînt generalizate ;
— de obicei sînt tonico-clonice (contractură urmată de spasme musculare) ;
— dezvoltarea neuropsihomotorie a copilului este normală.

Aceste criterii definesc CF *benigne* sau *simple*, adică acele CF ce evoluează favorabil şi care se deosebesc de alte convulsii ce survin tot cu febră, dar în cadrul unor boli acute cerebrale, cît şi de convulsiile epileptice, care pot fi favorizate în apariţia lor de febră, dar care evoluează de obicei fără creşterea temperaturii. În ultimele două situaţii convulsiile sînt frecvent prelungite (de la 15 minute la cîteva ore), putînd să realizeze stări de rău convulsiv (adică convulsii care depăşesc ca durată 30 de minute sau se prezintă sub formă de crize repetate, de durată mai scurtă, întretăiate de perioade variabile de timp, în care copilul rămîne cu cunoştinţa pierdută).

Care este incidenţa convulsiilor febrile ?

CF reprezintă jumătate din toate crizele convulsive ale copilului sub vîrsta de 5 ani ; unul din 25 de copii prezintă, la un moment dat, o criză de convulsii febrile.

Care sînt factorii ce facilitează (favorizează) producerea convulsiilor febrile ?

Studiile efectuate pe un lot important de copii cu convulsii febrile au permis evidenţierea mai multor factori ce intervin în producerea lor.

Aceşti factori sînt :

● *Ereditatea.* 1/3—1/2 din copiii cu convulsii febrile au în istoric cel puţin o rudă apropiată cu convulsii.

● *Vîrsta.* Convulsiile febrile sînt caracteristice unei anumite perioade de vîrstă (6 luni — 4 ani) ; sînt rare sub 6 luni şi peste 5 ani şi au maximum de frecvenţă între 8 luni şi 24 de luni.

● *Febra.* Cnvulsiile febrile se produc la o temperatură de peste 39^0 în 75% din cazuri.

Cauzele cele mai frecvente de febră asociate cu convulsii febrile sînt infecţiile de căi respiratorii superioare, otita medie acută, pneumonia, infecţiile urinare.

Etiologia virală este incriminată în 86% din cazuri ; printre cele mai frecvente virusuri izolate de la copii cu convulsii febrile sînt enterovirusurile *(ECHO, Coxsackie)*, adenovirusurile, virusurile gripale

şi paragripale, rinovirusurile, virusul sinciţial respirator, virusul citomegalic şi rotavirusurile. Germenii bacterieni intervin ca factori cauzali numai la 4% din copiii cu convulsii febrile. Infecţiile digestive, în special dizenteria, sînt responsabile de 1/10 din cazurile cu convulsii febrile, iar bolile infecţioase eruptive virale (rujeola, rubeola, varicela), în 5% din convulsiile febrile ; exantemul subit (boală infecţioasă virală caracterizată prin febră mare, 3—4 zile, urmată de scăderea febrei, de apariţia fugace a unei erupţii cutanate rujeoliforme) se însoţeşte de convulsii febrile într-o proporţie crescută (14—20% din cazuri).

Anamneza (istoricul) copilului este importantă în diferenţierea convulsiilor febrile de convulsiile de alte cauze, apărute în context febril

Frecvent se constată că mulţi părinţi nu pot da informaţii asupra faptului dacă copilul a avut febră sau nu în cursul crizei convulsive.

Afirmaţii cum ar fi „copilul părea roşu la faţă" sau „ardea" sînt uneori unicele informaţii care sînt date medicului.

O anamneză corectă, atentă, va permite diferenţierea corectă a CF benigne de alte convulsii apărute în context febril.

În marea majoritate a cazurilor de CF benigne copilul este normal înainte de apariţia febrei şi a convulsiilor. Pentru a afirma diagnosticul de CF, criza trebuie să survină odată cu debutul febrei sau în primele ore de la apariţia acesteia. În cazul cînd criza convulsivă survine după 2—3 zile de la debutul unei boli acute infecţioase febrile se va exclude diagnosticul de CF benignă. Este important faptul de a se exclude totdeauna o afecţiune acută cerebrală (meningită acută, encefalită acută etc.). Ca regulă generală, o criză convulsivă survenită la un sugar febril sub vîrsta de 8 luni trebuie să pună în discuţie şi o meningită. De asemenea, CF trebuie diferenţiate de epilepsie, care se caracterizează prin crize repetate, de obicei fără febră.

Diagnosticul convulsiilor febrile benigne

CF benigne apar la copiii care nu au o predispoziţie convulsivantă „idiopatică" (fără o cauză evidentă), spre deosebire de convulsiile epileptice, care pot fi „puse pe scenă" de febră şi care apar la copiii cu o predispoziţie la epilepsia esenţială, de asemenea idiopatică.

Trebuie reţinut : chiar dacă CF benigne sînt dramatice ca aspect, ele nu determină aproape niciodată afectarea sistemului nervos.

În genere, în cursul ascensiunii febrile, se produce o singură criză ; rareori se pot produce 2 sau 3 convulsii în primele ore de la apariţia febrei. Dacă însă hipertermia persistă şi mai apar convulsii la 18—24 de ore de la începutul ei, nu mai este vorba de o convulsie febrilă benignă.

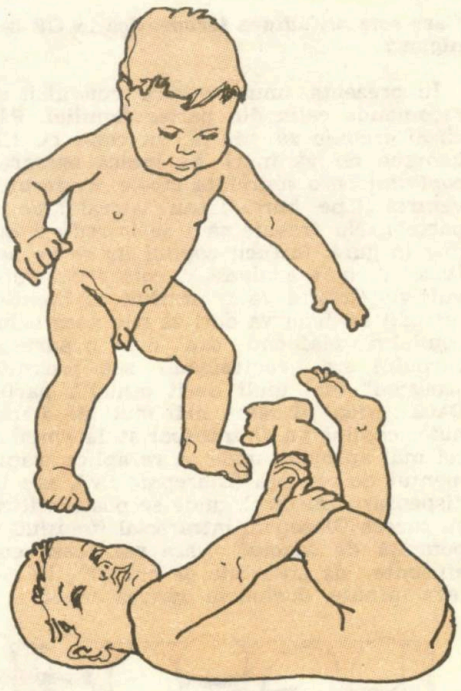
Aproape 50% din copiii care au avut o primă convulsie febrilă vor mai repeta ulterior, în condiţii de febră, o nouă criză. Repetarea convulsiilor febrile nu înseamnă că este vorba de epilepsie. Tendinţa de a avea noi convulsii febrile scade sau dispare după vîrsta de 3—4 ani.

Foarte rar convulsiile febrile devin epileptice. Din toţi copiii cu convulsii febrile benigne, 97% nu vor deveni epileptici ; aceşti copii sînt normali din punct de vedere neuropsihomotor.

Evaluarea clinică a copilului care a prezentat o convulsie febrilă se va face după un interval de 1—4 ore de la declanşarea crizei. Dacă a fost vorba de o CF benignă, starea generală a copilului va fi bună. Dacă însă copilul care a prezentat o criză convulsivă este în evoluţia unei afecţiuni febrile severe sau a unei meningite acute starea lui generală se va menţine gravă.

În ambele situaţii copilul va fi ţinut sub observaţie în spital şi investigat ; o atenţie deosebită se va da copiilor cu convulsii şi febră în cadrul unor afecţiuni grave.

Oricărui copil care prezintă convulsii şi febră şi nu i s-au evidenţiat cauzele febrei, trebuie să i se facă puncţie lombară.



Nu trebuie omisă niciodată puncţia lombară la un sugar, la cea mai mică suspiciune de meningită acută. Se vor efectua, de asemenea, hemograme, examenul de urină, ionograma sanguină (determinarea Na+, K+, Ca++), glicemia, examenul fundului de ochi, electroencefalograma (se consideră că EEG nu este o investigaţie de absolută nevoie în CF benigne). Radiografia cranianã nu este de obicei necesară : de asemenea, tomografia axială computerizată este inutilă în diagnosticul CF benigne.

Care este atitudinea terapeutică în CF benigne ?

În prezenţa unui copil cu convulsii se recomandă calm din partea familiei. Părinţii trebuie să ştie că un copil cu CF benigne nu va muri. Se indică aşezarea copilului pe o suprafaţă moale, în decubit ventral („pe burtă") sau lateral („pe o parte"). Nu trebuie să i se introducă nimic în gură, întrucît copilul nu se va asfixia. Trebuie evaluată durata crizei convulsive. Copilul va fi urmărit cu atenţie, întrucît medicul va dori să ştie dacă ochii copilului plafonau sau dacă o parte a corpului era contractată sau prezenta „spasme" mai mult decît cealaltă parte. Dacă „criza" durează mai mult de 5 minute, copilul va fi transportat la spitalul cel mai apropiat, unde se va aplica tratamentul de urgenţă (Diazepam i.v.), sau la dispensarul medical, unde se poate utiliza cu succes Diazepam intrarectal (folosind o pompiţă de cauciuc), care realizează coeficiente de absorbţie de cca 80% în cîteva minute, ducînd la oprirea crizei.

Ca măsuri adjuvante (ajutătoare) se utilizează :

— tratamentul febrei cu Aspirină (acid acetilsalicilic), Paracetamol, descoperirea parţială a tegumentelor, băi călduţe, ştergerea tegumentelor cu bureţi înmuiaţi în apă călduţă sau cu un amestec de apă/alcool, fricţii tegumentare ;

— tratamentul bolii de bază, în cadrul căreia a apărut criza convulsivă febrilă ;

— corectarea eventuală a unei hipocalcemii, hipoglicemii, stări de deshidratare asociate.

Este necesar tratamentul preventiv al unor crize convulsive ulterioare ?

În prezent este demonstrat că CF benigne au o evoluţie şi un prognostic excelent. Ţinîndu-se seama de avantajele nesigure ale unui tratament preventiv de durată (1—2 ani), în CF benigne nu se recomandă tratament profilactic.

Tratamentul preventiv va fi instituit numai cînd va fi stabilit diagnosticul de epilepsie.

Profilaxia recidivelor convulsivante ulterioare trebuie făcută în următoarele situaţii :

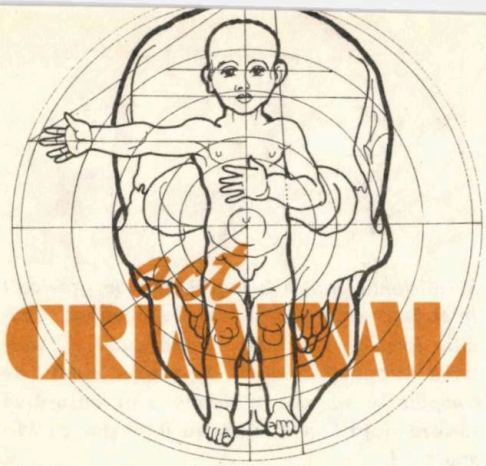
— cînd criza convulsivă febrilă durează peste 15 minute ;

— cînd criza este focală (localizată) ;

— cînd criza convulsivă este urmată de anomalii neurologice (paralizii ale unei jumătăţi de corp, cel mai frecvent), tranzitorii sau persistente ;

— cînd există un istoric de convulsii afebrile de origine genetică la părinţi sau rudele apropiate.

În acest caz tratamentul profilactic se va efectua în cadrul unei urmăriri de durată în dispensarul policlinic de copii ; medicamentul anticonvulsivant cel mai indicat este Fenobarbitalul, care se va administra timp de cel puţin 2 ani sau 1 an de la ultima criză de convulsii.



Trei copii vor creşte lipsiţi de dragostea maternă. Vor păşi în viaţă fără ca privirea atentă a mamei să-i călăuzească. Trei orfani : fetiţa cea mare de 11 ani, băiatul de 7, iar mezina abia a împlinit 3 ani.

*
* *

Mihaela P. se destăinuise unei colege de serviciu. Aflase că aceasta avusese cu cîtva timp în urmă un avort, prin care „rezolvase" o sarcină ce nu şi-o dorise. După cîteva zile s-au reîntîlnit. Colega a anunţat-o că „problema" se va „aranja". I-a comunicat locul, ziua, ora la care să se prezinte şi suma, e adevărat, destul de piperată.

A suferit îngrozitor, dar a răbdat. Înainte de a părăsi casa unde îşi ducea activitatea criminală acea femeie, a primit şi cîteva „sfaturi :

«— Să nu mergi cumva la policlinică! Să nu chemi „Salvarea" chiar dacă o să mai pierzi ceva sînge. Ţine nişte medicamente. Să iei cîte două la 6 ore. Să nu spui absolut nimic, nimănui. Nici soţului. Fii atentă, te pedepseşte şi pe tine pentru avort !»

A ascultat-o. Lucrurile nu mergeau însă prea bine. Pierdea sînge negricios, urît mirositor, cu cheaguri. Durerile se intensificau. La serviciu abia se mai ţinea pe picioare. Acasă stătea numai în pat. Apoi s-a instalat febra. Seara următoare a început să delireze. Alarmat, soţul a chemat „Salvarea". La spital nu s-a precupeţit nimic : medicamente, sînge, eforturi. O luptă continuă, oră de oră. A fost operată. Nu şi-a mai revenit însă.

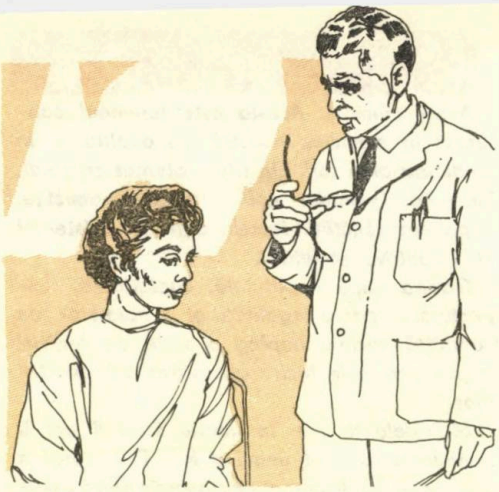
Actul criminal al unei individe dornică de îmbogăţire, ce nu avea nimic comun cu medicina, cu omenia, a curmat o viaţă tînără, la nici 31 de ani. A curmat viaţa unei mame, a unei femei în plină putere de muncă.

Avort criminal. *Acesta este termenul consacrat în medicina noastră, ca dealtfel şi în medicina altor ţări. Un triplu atentat criminal, îndreptat împotriva noii vieţi abia zămislite, împotriva sănătăţii femeii, a însăşi existenţei ei, împotriva societăţii.*

Goana după căpătuială, cupiditatea, impostura, sfidarea legalităţii şi a normelor de conduită socială împing o serie de indivizi înspre practicile ilicite ale provocării avorturilor.

Metodele folosite în aceste scopuri pot fi ineficiente, avortul neavînd loc. Este cazul a o serie de medicamente cu aşa-zis efect abortiv. „Binevoitorul" le furnizează, îşi încasează banii şi, de regulă, dispare. Tentativa abortivă eşuată poate avea, în schimb, repercusiuni asupra copilului ce se va naşte. Acesta va prezenta diverse malformaţii ce îl vor marca pentru toată viaţa.

Alteori, sînt utilizate în scop abortiv diverse extracte de plante, „ceaiuri", substanţe chimice. Organismul mamei protejează bine ou împotriva tuturor agresiunilor. Adeseori preparatul sau substanţa utilizată pentru a produce avortul nu afectează sarcina, lezînd în schimb grav ficatul, rinichii, inima femeii.



Chiar dacă prin eforturile medicilor viața femeii este salvată, consecințele acțiunii toxicului vor fi permanent resimțite, de-a lungul întregii sale existențe.

În sfîrșit, o altă categorie de manevre abortive vizează lezarea directă a oului, desprinderea din locul unde este fixat în cavitatea uterină, în vederea avortării lui ulterioare. Pericolele sînt deosebit de mari ! Sînt declanșate hemoragii masive, uterul poate fi perforat, survin infecții de o gravitate extremă. Șocul hemoragic și șocul septic sînt frecvente. Tratamentul aplicat pentru salvarea unei singure bolnave totalizează, în unele cazuri grave, zeci și zeci de mii de lei, sumă ce ar fi suficientă pentru a îngriji sute de gravide ! Intervenții chirurgicale dificile, mutilînd definitiv femeia, sînt adeseori necesare. Și măsurile terapeutice, oricît de ample, oricît de competente, nu sînt întotdeauna în măsură să salveze viața femeii. Așa s-a întîmplat cu Mihaela P !

O familie va fi lipsită de însuși nucleul său, mama !

Un membru al societății este pierdut în floarea vîrstei. O ființă ce abia a fost concepută nu se va naște niciodată !

Cantități mari de medicamente, dintre cele mai scumpe, mai eficiente și mai solicitate, sînt inutil risipite !

Legea pedepsește cu asprime acest act criminal. Este necesar, însă, oprobiul nostru unanim, față de fapta abominabilă, față de atentatul la viață, la însăși continuitatea națiunii noastre, față de avortul criminal.

Dr. N. CRIȘAN
SPITALUL CLINIC AL MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

Odă mugurelui omenesc

Apari din seva celor ce atît te vor,
Zîmbind dulceag, în leagănul cu vise,
Îngîni din basmele de la străbunii trimise,
Și mergi timid, prin țarcul din pridvor.

Din brazda părintească, crești falnic răsărit,
Și-ncepi zburda, rotindu-ți jucăria-n soare,
Îți iei apoi ghiozdanul și pornești mărit,
Spre nesecat izvor, de plină luminare.

Trecutul nostru, prin prezent ni-l fluturi,
Din gingășia-ți pură, ajungi cutezător,
Iar gîndul către fapte, îl dai în viitor,
Urcîndu-ți zmeul roșu, spre-nălțătoare vînturi.

Duci dorul de trăire, către al ei etern,
Ce-l porți cu legămînt, trecut mereu prin sînge
Din clipocitul dulce, al sînului matern,
Pe care nimeni și nicicînd nu-l poate frînge...

Și cînd amurgul cade, pe umeri părintești,
Pătrunzi c-o rază caldă, în inima ce speră,
În pace pe pămînturi, pentru întreaga eră.

. . . . . .

Ești flacăra olimpică a vieții omenești.

TITEL CANACHE

65 DE ANI DE LA APARIŢIA PRIMULUI TRATAT ROMÂNESC DE HEMATOLOGIE

Este un fapt cunoscut că în literatura medicală modernă românească problemele de hematologie şi cele referitoare la recoltarea, conservarea şi transfuzia de sînge au fost abordate disparat, în diverse periodice şi tratate de medicină, iar lucrări în care se prezintă astfel de probleme au apărut la intervale mari. Între lucrările ample pe această temă se înscrie şi cea intitulată „Sîngele şi organele hematopoietice. Hematologia", realizată de Titu Vasiliu, profesor de anatomie patologică la Facultatea de Medicină din Cluj şi director al institutului de specialitate din acelaşi centru universitar al Transilvaniei.

Apărută acum 65 de ani, în toamna anului 1923, la scurt timp după ce văzuseră lumina tiparului în diferite ţări din Occident tratate pe aceeaşi temă, semnate de prestigioşi specialişti, ca A. Ferrata, Besançon, Pagniez, Hutura sau Marek, lucrarea lui Titu Vasiliu se distinge printr-o profundă, obiectivă şi clară prezentare a problemelor şi a celor mai noi rezultate obţinute în acei ani în hematologie. Aprecierea că această lucrare constituie un primat în ţara noastră este făcută de autor, care, în prefaţă, afirmă : „În limba românească nu există nici o lucrare de acest fel, fie pentru a face faţă cerinţelor studenţilor în medicină, fie pentru îndrumarea medicilor, iar în literaturile străine, de asemenea, aceste lucrări nu sînt prea numeroase, sînt sau elementare sau se adresează mai mult cercetătorilor specialişti, sînt prea personale sau incomplete".

Apreciind în mod deosebit tratatele lui Naegeli şi Ferrata, dar constatînd la celelalte lucrări apărute în acei ani peste hotare că au un dominant caracter personal, T. Vasiliu îşi propune să pună „într-un volum toate cunoştinţele alese şi verificate, explicate, concretizate în mare parte în figuri şi exemple, dînd posibilitatea celui ce citeşte să afle tot ce este interesant pînă acum, arătîndu-i cum a evoluat înţelegerea acestor noţiuni şi metodele de cercetare, făcîndu-i posibilă atît înţelegerea problemelor care s-au pus în studiu şi s-au rezolvat, înlesnindu-i întrevederea de noi probleme".

Mărturisindu-şi năzuinţa, autorul realizează o lucrare amplă, de 528 de pagini, cu o bogată ilustraţie (3 reuşite planşe în culori şi 170 de figuri în alb-negru), care se constituie într-un tratat şi de patologie clinică şi anatomie patologică, cum dealtfel se menţionează pe coperta interioară. Şi totuşi, T. Vasiliu apreciază cu modestie că „această carte ar avea pretenţia să fie un manual la îndemîna studentului în medicină, din toţi anii, destinată să-l ajute la studiul oricărui bolnav din orice fel de serviciu". În acelaşi timp, întrevăzînd cu luciditate rolul şi perspectivele hematologiei, el opinează : „Cred că atît medicul internist, cît şi chirurgul, cît şi specialistul de orice organ trebuie să cunoască şi să înţeleagă atîta din boalele sîngelui cît va avea nevoie pentru a evita greşeli de diagnostic şi de tratament în specialitatea lui; pentru aceasta este nevoie să aibă un îndrumător în hematologie, pentru interpretarea fenomenelor în hematologie şi a celor generale pe care le întîlneşte în toată patologia şi clinică".

Interesant şi semnificativ este şi punctul de vedere al valorosului anatomopatolog român referitor la autorii din ţările dezvoltate, care, de multe ori, „arată predilecţie numai pentru operile conaţionalilor lor". De aceea, el apreciază că este datoria ţărilor civilizate mai tinere de a fi imparţiale şi a culege toate rezultatele bune din toate părţile. „În scopul acesta îmi pare bine — apreciază în continuare — că m-am putut servi direct de cărţi franceze, italiene, engleze, germane şi spaniole, fără a neglija şi cercetările făcute în alte limbi

și traduse, precum cele daneze, finlandeze și ruse".

Tratatul de hematologie, prima dintre lucrările apărute în Editura Universității din Cluj, s-a bucurat de elogioase aprecieri din partea unor personalități medicale din țara noastră și de peste hotare. Astfel, prof. Iuliu Hațieganu considera că „afară de meritul notei personale, el se impunea prin aceea că fixa cu obiectivitate și claritate cele din urmă rezultate ale hematologiei, iar autorul a făcut o muncă serioasă și utilă, dînd un interesant tratat, a cărui valoare didactică este absolută".

La rîndul lor, prof. G. Pittaluga (Madrid) îl considera „cel mai complet tratat, în care T. Vasiliu dă întindere concepțiilor proprii", iar prof. G. Sabraze (Bordeaux) opina : „Dacă această carte ar fi tradusă în franceză, ar face o foarte bună figură alături de tratatele noastre de specialitate". Deosebit de semnificative sînt și aprecierile prof. A. Ferrata (Italia), personalitate remarcabilă în hematologia anilor '20 : „Titu Vasiliu publică un volum pe care nu ezit să-l consider ca pe unul dintre cele mai bune din literatura internațională, prin armonica dispunere a materiei, prin justa evaluare a diferitelor doctrine, prin spiritul critic personal cu care le discută, prin bogăția și varietatea ilustrațiilor din text și din planșele color. Este un tratat care onorează în mod înalt autorul și știința medicală românească".

Adresate autorului primului tratat românesc de hematologie, elogiile se constituie și într-o recunoaștere a prestigiului de care se bucura școala medicală clujeană și Facultatea de Medicină din orașul de pe Someș, la numai cîțiva ani de la constituire, ca urmare a Unirii celei mari, din 1 Decembrie 1918.

N. TURTURESCU

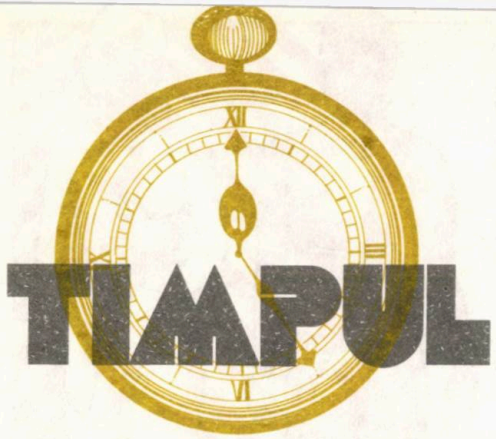
FUMATUL INVOLUNTAR

Duc o viață cumpătată ;
Nu pierd nopți, nu sînt hapsîn,
Totuși m-am trezit deodată
Cu durere în plămîn.
Și-o surpriză să mă plesnească,
Sesizat de-acest simptom,
M-am prezentat la un medic.
Cum ar face orice om.
Și, după mai multe teste,
Să nu-ți vină, zău, să crezi,
Doctorul — scumă poveste —
M-a-ntrebat : — De cînd fumezi ?
— Să fumez ? E o eroare
— I-am răspuns eu, revoltat —
De cînd mă aflu sub soare,
O țigară n-am fumat...
— Atunci — zice — de ce, oare,
Că doar nu sînt eu nebun,
Cînd respiri, simt o duhoare,
Care-i clară, de tutun ?
Ia s-o luăm pe altă cale,
Ca-ntrebări să nu-mi mai pui,
În familia matale
Cîți fumează, poți să-mi spui ?
— Păi, — socotesc, — întîi tata,
Apoi, frate-meu mai mic,
Și, cînd vin la noi, cumnata,
Soțul ei și un bunic.

— Dar în oraș, — mă întreabă —
La birou sînt la cafea,
Toți în jur își văd de treabă ?
Nu fumează nimenea ?
— Că fac asta, îi privește,
Nu m-amestec — opinez —
Cine vrea se otrăvește,
Dar eu unul nu fumez.
— Ce înseli — medicul zice —
Și faptul grești îl tei,
Căci, stînd alături, amice,
Înghiți fumul ca și ei.
Și, ca ei, poți avea tuse,
Bronșită sau emfizem,
Respirație redusă,
Ba, poți face și-un edem,
După cum poți avea crize
De anghină sau ulcer,
Constatînd, la analize,
Că te-ai trezit c-un cancer.

Cercetări, efectuate
Recent, ne arată clar
Boli grave ce-s generate
Prin „fumat involuntar".

Ion Vulpescu



Iată-mă de-o săptămînă, mare spectator,
Izolat, de bună voie, într-un alt decor,
Fără griji şi obligaţii, am doar de privit,
Liber am de meditaţii, cît şi de gîndit.

Mult mai mic îmi pare cerul, adunat de munţi,
Oamenii, cu a lor inimi, ca aştrii fierbinţi.
Nici aici nu mă-mpac însă, ca de totdeauna,
Cu ceva, ce de-obicei, trece ca furtuna.
E neînduplecatul timp, ce-n grabă ne-arată,
Cum goneşte-n viitor, fără să se întoarcă.
Deşi pare uniform, împărţit pe ceasuri,
În trecut sau în prezent, nu face popasuri.

Dacă aceasta este viaţa, scurtul interval,
Iubirea rămîne în lume, bun universal,
Ce ne leagă strîns, puternic, pe timp limitat,
Uiţi că lumea-i efemeră şi ce ne e dat.

Gabriela Tănase

AFORISME

Iarna este pricina unor boli, dar şi vara este vinovată de altele. Organismul rezistent se ştie : apără de amîndouă şi este absurd să blestemăm frigul sau canicula. Cauza celor mai multe maladii trebuie căutată în noi înşine, în relele noastre deprinderi, în ignoranţa unora (din păcate, mai există ignoranţi), în nepăsarea şi uşurinţa altora.

Viaţa din trupul bătrînului e ca o lumînare ce pîlpîie tot mai slab, pînă se stinge Arta longevităţii este priceperea de-a face ca lumînarea să ardă pînă la capăt.

Întîi treaba şi pe urmă distracţia. Cel care aşază distracţia înainte, crezînd că e timp pentru toate şi că „tinereţea trebuie trăită", nici nu se distrează ca lumea, nici treaba nu o duce la capăt. E un petrecăreţ călare pe butoi, galopînd cu toate forţele spre mizerie fiziologică şi moarte de imbecil.

E bun vinul ? E sănătos ? Depinde de cine îl bea. Pe înţelept îl înveseleşte, dar pe nebun îl face şi mai nebun !

Odată cu înaintarea în vîrstă, organele de nutriţie — şi nu numai ele — îşi pierd din ardoare, se simt obosite, dau semne că aspiră la mai mult repaus. Dar omul în cupiditatea, ori în nesocotinţa lui, refuză de cele mai multe ori să le asculte ruga tăcută. Urmarea, se ştie, e tristă : răzvrătirea organelor şi boala.

Într-atît de mult e dorită viaţa, că rareori muribundul îşi pierde încrederea într-un miracol. Inima încetează să-i bată, dar în încăpere încă stăruie fîlfîitul de aripi al speranţei.

Atunci cînd, deschizînd un tratat de patologie, voi găsi şi un capitol intitulat „Răutatea. Cauze şi tratament", voi afla că ştiinţele medicale au abordat, în sfîrşit, şi cea mai cumplită dezordine psihosomatică a omului. Poate că va veni o zi cînd se va descoperi că există şi un germen al răutăţii, înrudit cu cel al cancerului sau al turbării.

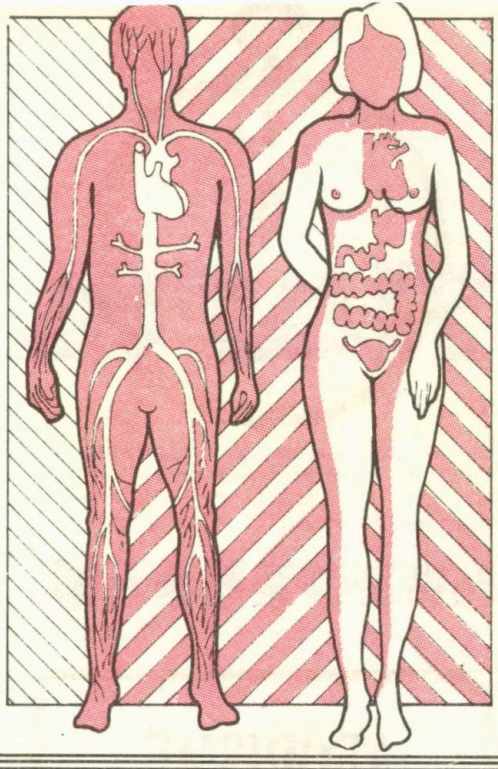
Viaţa are preţul pe care i-l dăm.

Întrucît şi o simplă gripă poate fi fatală (dacă bolnavul este vîrstnic şi se ivesc complicaţii), medicul are zilnic de-a face cu moartea, suportînd urmările acestui stres paroxistic. A întîlni pe stradă cortegii funerare sau a asista la decesul unei rude apropiate poate fi impresionant, zgu-

duitor, dar numai medicul, el singur, prin sacrificiul său, ştie ce înseamnă a trăi o viaţă întreagă pe tărîmul suferinţei şi al morţii. Atîţia oameni se descompun sub ochii lui, încît e cu neputinţă ca el să nu absoarbă măcar o mică parte din efluviile putreziciunii. Să ne mai mirăm că rareori medicul este longeviv ?

La douăzeci sau la optzeci de ani, la orice vîrstă ne-am afla, buna dispoziţie este tinereţe.

IONEL BANDRABUR



Negative

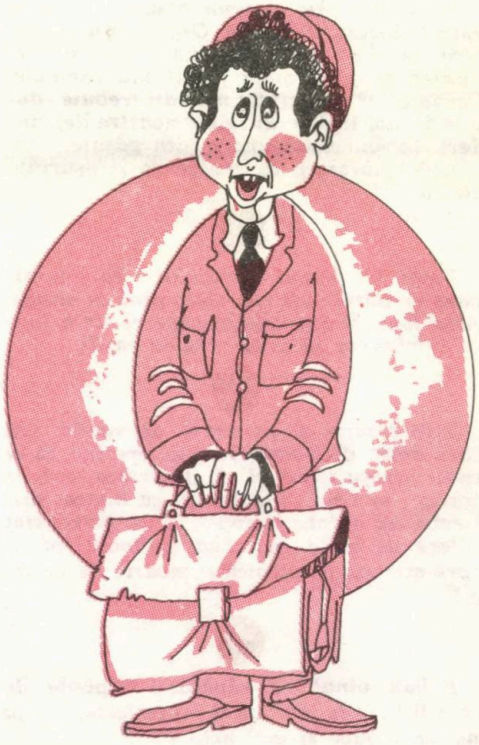
Demult şi-a cumpărat Nicuţă
Pastă de dinţi şi periuţă.
Cu ele mult se mai făleşte...
Păcat că nu le foloseşte.

Un săpun privea mirat,
Cum desena Mardare :
Pe caietul de curat,
Cu mîinile murdare.

Azi şi-a făcut Dan
Ordine-n ghiozdan.
Ce-a fost de prisos
A zvîrlit pe jos.

Regulile de igienă
Bine le cunoaşte Lică,
Dar fiind distrat prea tare
Niciodată nu le-aplică.

NICULAE TACHE



Epigrama

S.O.S. PE PLAJĂ

Chiar pe plajă, cît îl ține gura,
A-nceput să strige : „Ajutor !“
Depășise-n vise geamandura
Și el nu era înotător !

ÎNDEMN

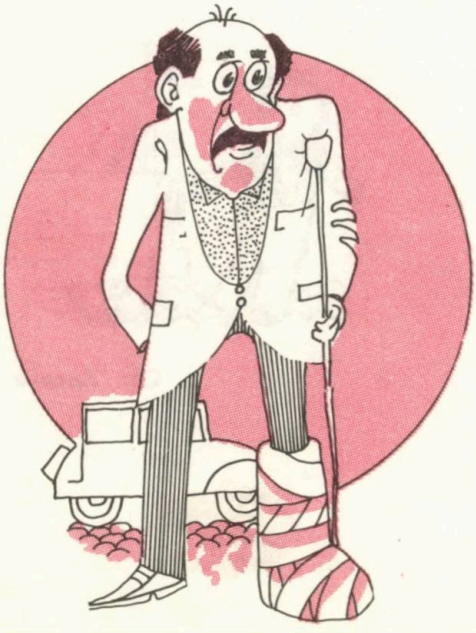
Măi șofer începător,
Simte frîna sub picior,
Că excesul de viteză
Poate duce la proteză !

UNUI MEDIC CU SORĂ NEGLIJENTA

Scriu acest catren discret,
Nu să critic neapărat,
Dar la dînsu-n cabinet
Doar halatul e curat !

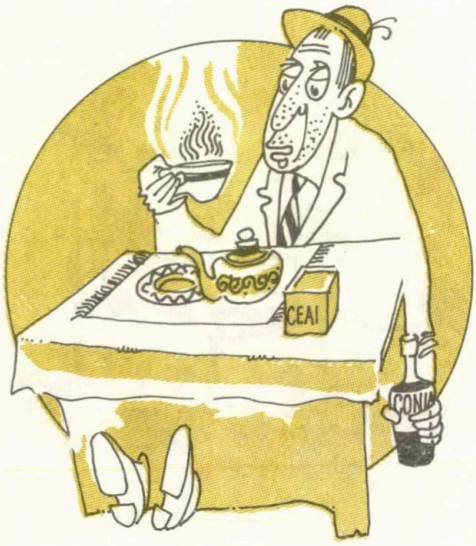
SOLICITĂRI CIUDATE

O durere ascuțită
Mă săgeată la stomac,
Dă-mi ceva pentru gastrită
Ca să pot bea și coniac !



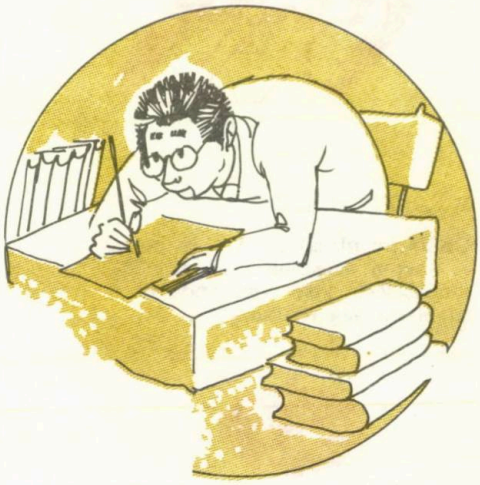
OPINIA UNUI MEDIC

Dacă şi un ceai de tei
El îl bea cu coniac,
Nici cu sprijin de la zei
Bine nu mai pot să-l fac !



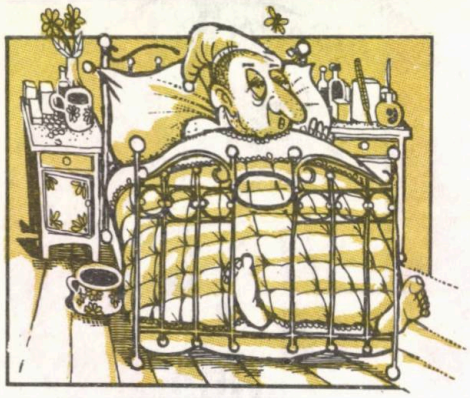
RIGLA DE DESEN A UNUI ELEV

Îl serveşte bucuroasă,
Mai ales la liniat,
Dar nu-i place că la masă,
Desenează cocoşat !



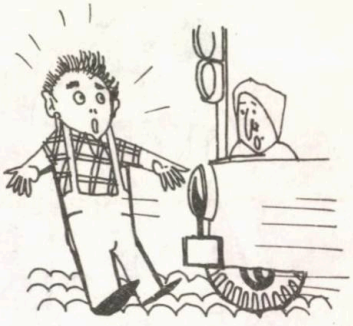
SFAT UNUI BOLNAV ÎNCHIPUIT

Povaţa mea îţi pare că-i minoră ?
Eu totuşi ţin s-o ai mereu în faţă :
„Nu-ţi mai trata durerea de o oră,
Cu doctorii ce otrăvesc o viaţă !“



ÎNDEMN

Băieţel ce treci hop-hop,
Prea grăbit s-ajungi la piaţă,
Fii mereu atent la stop,
Că — altfel — pui stop la viaţă !



Gh. Zarafu

BATISTA UNUI ŞCOLAR

Stă boţită şi pătată,
Parcă-ar fi a nimănui,
Că atunci cînd e curată
Cică nu-i de nasul lui !

ANEMIA feriprivă

Definită ca anemia determinată de scăderea cantităţii de fier din organism, *anemia feriprivă* (anemia prin lipsă de fier) constituie afecţiunea cea mai des întîlnită în practică.

Incidenţa bolii este diferită în raport de vîrstă, sex, condiţii fiziologice şi patologice. Astfel, suferă de anemie prin deficit de fier 20% dintre copiii mici (altfel exprimat, un copil din cinci), 5% dintre şcolari (un elev din 20) şi 15% dintre femeile adulte care nu sînt încă anemice (o femeie din şapte). Este legată de stadiul de dezvoltare economică a populaţiei, fiind de două ori mai frecventă în ţările în curs de dezvoltare decît în celelalte.

Balanţa fierului în organism este în funcţie de raportul dintre absorbţia digestivă şi pierdere.

Primul compartiment care resimte perturbarea în economia fierului este cel al rezervelor şi ultimul este cel care asigură utilizarea fierului de către globulele roşii.

Într-un prim stadiu al bolii, deficienţa de fier este latentă, fără să se constate anemie la examenul sîngelui ; în schimb, scad pînă la dispariţie rezervele de fier din organism.

În stadiu avansat apare anemia, depistată cu ocazia efectuării hemogramei şi a cercetării concentraţiei fierului din sînge.

În stadiu şi mai avansat, pe lîngă modificările sîngelui, apar şi modificări ale pielii şi mucoaselor.

Semnele clinice ale bolii lipsesc în etapa deficienţei de fier fără anemie (cînd se epuizează rezervele). În faza în care s-a instalat anemia, se constată prezenţa a trei feluri de manifestări clinice : ale anemiei + ale deficienţei tisulare a fierului + semnele bolii primare care a indus anemia. Anemia este totdeauna secundară unei tulburări primare.

Debutul bolii este insidios, lent progresiv, predominînd simptomele anemiei : dureri de cap, palpitaţii, ameţeală, irascibilitate, oboseală nejustificată — manifestări clinice denumite sugestiv : „sindromul gospodinei obosite". Instalarea lentă şi tardivă a suferinţei se datoreşte instalării lente a deficienţei de fier. Bolnavii sînt palizi, au paloare albăstruie a conjunctivelor bulbare (mucoasa globului ocular) şi deseori au edem al feţei şi pleoapelor.

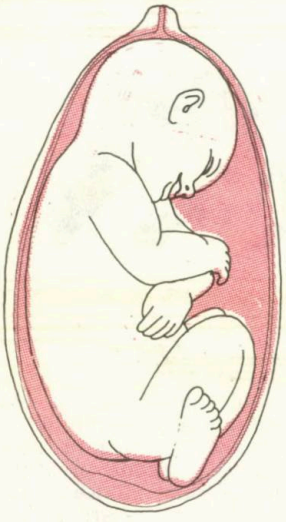
Dintre *manifestările mucoaselor*, cele mai importante şi mai frecvente sînt cele digestive ; mucoasa digestivă suferă două procese : de *atrofie* şi de *inflamaţie*. Astfel :

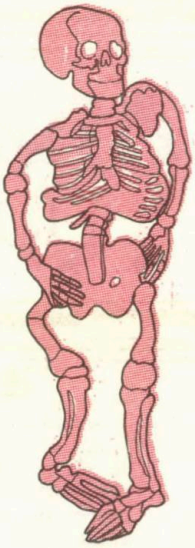
— inflamaţia mucoasei bucale — stomatita — se caracterizează prin : ulceraţii, fisuri, ragade (zăbăluţă) la comisurile bucale ;

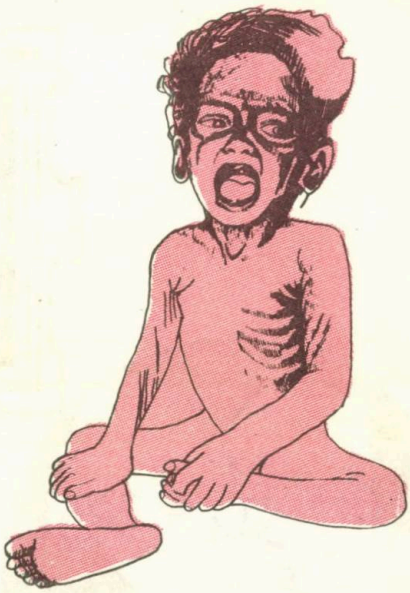
— inflamaţia mucoasei linguale şi atrofia, pînă la dispariţie, a papilelor linguale. Jumătatea anterioară a limbii este roşie, lucioasă, netedă. Bolnavii au durere în limbă, senzaţie de arsură permanentă, care se accentuează după ingestia de alimente, în special de condimente, alcool, fumat ;

— dificultatea la înghiţit, cu senzaţia de nod în gît, mai ales după ingestia de alimente solide, se datoreşte degenerării ţesutului epitelial de la joncţiunea faringelui cu esofagul.

Pielea şi organele anexă (unghii, păr) suferă modificări importante. Pielea este uscată, cu fisuri, are culoare palid-albicioasă. Părul cade în cantitate mare, creşte greu, este friabil, se rupe uşor de la rădăcină. Unghiile se modifică în stadiile avansate ale deficienţei de fier. Ele au







luciul dispărut, au fisuri şi striaţii transversale şi longitudinale, cresc greu. În forme severe de anemie unghiile se aplatizează, se încurbează în sens invers, cu concavitatea în sus, luînd aspect de lingură.

În 5—10% din cazuri, splina se măreşte moderat.

Examenele complementare evidenţiază modificări semnificative. Cu toate acestea trebuie menţionat faptul că în 10—15% din cazuri datele de laborator sînt normale, chiar în condiţiile lipsei îndelungate de fier. Numărul globulelor roşii este normal sau scăzut. Contrar părerii generale, numărul hematiilor nu oferă indici asupra gravităţii anemiei. Mai mult chiar, la copiii cu anemie feriprivă se constată frecvent creşteri ale numărului de eritrocite peste 5 milioane/mm^3 sînge. Globulele albe (leucocitele) sînt în general în număr normal. Plăcuţele sanguine (trombocitele) sînt crescute în formele cu evoluţie scurtă şi sînt scăzute în formele cronice, dar se normalizează uşor în urma tratamentului cu fier.

Cantitatea de fier din sînge este scăzută de la 80—120 gama/100 ml sînge (1 gama = 1 microgram = a mia parte dintr-un miligram), pînă la 50 gama/100 ml sînge şi chiar mai puţin.

O constatare de mare importanţă diagnostică, ce nu a intrat încă în conştiinţa marelui public, este aceea că examenul sîngelui periferic, calcularea constantelor eritrocitare (mărime, volum, încărcare cu hemoglobină a globulelor roşii etc.), precum şi dozarea fierului sînt lipsite de precizie, datorită variaţiei mari a limitelor normale, a variaţiilor dintre ziuă şi noapte şi a tehnicilor diferite de determinare (de exemplu, variaţia diurnă-nocturnă a fierului sanguin este de 20—40 gama/100 ml).

Diagnosticul anemiei prin deficit de fier este numai de etapă, niciodată primar ; el necesită stabilirea diagnosticului bolii de bază.

FACTORII CAUZALI AI ANEMIEI FERIPRIVE

Scăderea cantităţii de fier din organism se datoreşte la 3 factori : cantităţi reduse de fier la naştere ; cerinţe crescute de fier ; balanţa negativă a fierului.

a) *Cantităţi reduse de fier la naştere*

Deficienţa de fier a mamei nu influenţează cantitatea de fier de la nou-născut ; fătului i se asigură fierul necesar chiar dacă mama are anemie severă.

Transferul fierului de la mamă la făt se face în lunile a 8-a şi a 9-a ; de aici reiese incidenţa mare a anemiei feriprive la imaturi (copiii născuţi înainte de luna a 8-a).

Întreruperea precoce a circulaţiei materno-fetale privează nou-născutul de o anumită cantitate de sînge şi, respectiv, de fier. Invers, pensarea venei ombilicale (ligatura ombilicului) după trei minute de la naştere creşte masa sanguină a copilului cu 50—60 % (deci cu jumătate).

Nou-născutul cu deficit de fier va face anemia după 2—3 luni, nu imediat.

b) *Cerinţe crescute de fier*

Este vorba de perioadele de creştere rapidă în care nevoile de fier sînt mai mari decît în restul timpului.

În primul an de viaţă se constată creşterea cea mai mare (greutatea copilului se triplează, iar masa de sînge se dublează). De aceea deficitul latent de fier devine evident la finele primului an de viaţă.

Între 2 şi 18 ani necesarul de fier este cu 0,2—0,3 mg pe zi mai mare ca la adult.

La adolescență nevoile sînt cu 0,5 mg pe zi mai mari decît pînă atunci ; la fete, se adaugă la necesar și pierderile menstruale.

c) *Balanța negativă a fierului*
Pierderile sînt mai mari decît absorbția.

CARENȚELE ALIMENTARE

La o alimentație rațională, bărbatul adult nu face anemie feriprivă.

Femeia face mult mai frecvent anemie prin deficit de fier, dacă este subalimentată, dat fiind pierderile de sînge lunare.

Copilul la naștere are 3—4 kg și 80 mg fier pe kilocorp, primit de la mamă. În prima săptămînă de viață depune în rezerve circa 50 mg fier provenit din hemoliza fiziologică (icterul fiziologic al nou-născutului). În primul an de viață copilul necesită 100 mg fier, pe care îl ia din alimentație. De aici necesitatea alimentației raționale a nou-născutului. Laptele conține cantități mici de fier (1 mg/litru) ; alimentația unilaterală lactată, în lunile a 7-a — a 12-a, conduce sigur la anemie feriprivă.

Prematurii și gemenii sînt mai expuși decît cei născuți la termen.

SARCINA ȘI LACTAȚIA

Alăptarea determină pierdere de fier la mamă de 0,5—1 mg/zi (această pierdere este compensată de lipsa menstruației în anul care urmează nașterii).

Sarcina și nașterea determină : transfer de fier la făt, pierdere de fier prin placentă și pierdere de sînge la naștere. Aceasta este explicația frecvenței mari a anemiei feriprive la 50—80% dintre gravide (altfel exprimat, jumătate pînă la trei sferturi dintre gravide fac anemie prin deficit de fier). De aici necesitatea (sau chiar obligativitatea) ca femeile să intre în starea de graviditate cu rezervele de fier normale.

DONAREA DE SÎNGE

Donarea a 250 ml sînge, de 4—5 ori pe an, este bine tolerată de organism. La persoanele cu deficit latent de fier (la care nu a apărut încă anemia) donarea a 400—500 ml sînge conduce la instalarea anemiei feriprive.

500 ml sînge conțin 250 mg fier ; patru astfel de donări pe an determină pierderea a 1 000 mg fier, resimțită de unii donatori. Frecvența mai mare a anemiei prin deficit de fier la donatori-femei se datorește rezervei reduse de fier (de circa 400 mg) a femeilor, în comparație cu bărbații.

ABSORBȚIA INTESTINALĂ SCĂZUTĂ A FIERULUI

Scăderea secreției gastrice a acidului clorhidric scade cantitatea de fier absorbită. Este cazul bolnavilor cu gastrită cronică și a celor cu stomac operat pentru ulcer ; la aceștia din urmă, la interval de 2—5 ani după operație (în funcție de nivelul anterior al rezervelor de fier), se instalează anemia prin deficit de fier.

SÎNGERĂRILE CRONICE

Cea mai importantă și frecventă cauză a anemiei feriprive o constituie sîngerările cronice. Dę aceea este obligatorie identificarea și tratarea sîngerării.

HEMORAGIA GASTROINTESTINALĂ

Prima cauză a deficitului de fier la bărbați o reprezintă hemoragia gastrointestinală. Este vorba de : ulcer gastroduodenal, hernie hiatală, hemoragii, diverticuli (esofagieni, gastrici, duodenali, intestinali), cancer digestiv, rectocolita ulcerohemoragică etc.

Contrar aparențelor și a opiniei semiinformate, produc anemie feriprivă sîngerările digestive reduse, dar prelungite, care trec neobservate pînă la apariția anemiei. Deseori, există cauze asociate de sîngerare. De aceea atitudinea cea mai corectă este aceea de a căuta și alte surse de hemoragie în afara celei găsite inițial (hemoroizi etc.), mai ales cele tumorale.

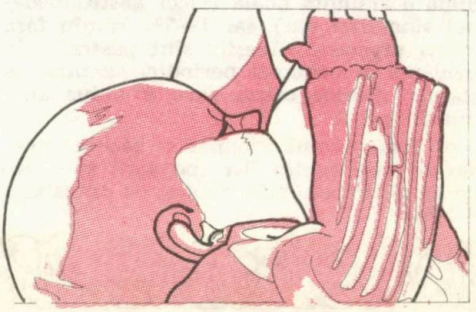
Sîngerările genitale constituie prima cauză a anemiei feriprive la femeile în vîrstă de 18 pînă la 50 de ani.

Sîngerarea menstruală normală conduce la pierderea a 80 mg fier.

În afara pierderilor fiziologice trebuie avute întotdeauna în vedere cele patologice, între care locul principal îl ocupă tumorile uterine, în special fibromul uterin.

Pierderi urinare : calculii renali, tumorile aparatului urinar, hemofilia pot determina scăderi importante ale fierului din organism.

Sîngerări pulmonare : hemoptiziile repetate, datorite tuberculozei pulmonare, tumorilor, infecțiilor cronice ale aparatului respirator, bronșiectaziei, anomaliilor vasculare etc., duc, de asemenea, la scăderea fierului în organism.



Complicațiile deficienței de fier trebuie avute întotdeauna în vedere atunci cînd ne aflăm în fața unui bolnav cu anemie feriprivă. Ele apar în fazele avansate de boală și sînt legate de anemie, pe de o parte, și de modificările țesuturilor care se datoresc lipsei enzimelor tisulare care conțin fier, pe de altă parte.

Pe mucoasele tubului digestiv se constată infecții (bucale, esofagiene, rectale), iar pe mucoasele genitale, vaginită. Sîngerările genitale care, inițial, sînt cauza anemiei feriprive, devin, ulterior, factor agravant, datorită modificărilor trofice ale mucoasei genitale. Tratamentul cu fier ameliorează și normalizează în multe cazuri durata și intensitatea fluxului menstrual.

Neoplasmul (cancerul) gastric este mai frecvent de 2 ori la persoanele cu anemie feriprivă decît la cele fără anemie.

Suferințele coronariene (insuficiența coronariană, angina pectorală) și cele cardiace (insuficiența cardiacă) se accentuează.

Mai trebuie menționată susceptibilitatea crescută la infecții a bolnavilor cu anemie prin deficit de fier.

TRATAMENTUL ANEMIEI FERIPRIVE

Tratamentul anemiei feriprive urmărește două obiective :

a) descoperirea și tratarea cauzei care a produs dezechilibrarea balanței feriprive ;

b) normalizarea cantității de hemoglobină circulantă (sau, altfel exprimat, a fierului din sînge) și refacerea rezervelor de fier.

a) Deficiența de fier este totdeauna secundară, simptom al unei alte boli. Tratarea anemiei feriprive fără suprimarea cauzei care a determinat-o constituie explicația ineficienței tratamentului cu fier. Mai mult chiar, tratamentul cu fier poate corecta anemia, iar cancerul digestiv (care a determinat anemia) evoluează asimptomatic, pînă la depășirea momentului optim pentru intervenția chirurgicală.

Datele statistice scot în relief faptul că la 85—90% dintre bolnavi se poate pune în evidență cauza anemiei ; 10—15% dintre aceștia se găsesc în faza de remisiune după o anumită boală (ulcer gastroduodenal sîngerînd etc.), iar 1—2% rămîn fără cauză precizată. Aceștia sînt păstrați în evidență și urmăriți periodic, pentru a stabili ulterior cauza care a indus anemia feriprivă.

b) Tratamentul anemiei se face cu preparate care conțin fier (pe gură și injectabil) și, în anumite cazuri, cu transfuzii de sînge.

Tratamentul cu fier trebuie început cît mai precoce după stabilirea diagnosticului anemiei feriprive și a cauzei care a generat-o.

Tratamentul de elecție în anemia feriprivă îl reprezintă feroterapia (terapia marțială) pe cale orală (pe gură).

Preparate medicamentoase pe bază de fier sînt foarte multe în arsenalul terapeutic modern.

În general se administrează fier bivalent, forma activă a fierului, care se absoarbe ușor și-și exercită acțiunea cu intensitatea maximă. Ca atare, fierul nu se folosește în terapeutica modernă. În urmă cu cîteva decenii se utiliza fierul (redus prin hidrogen), dar rezultatele erau neconcludente. Se recomanda chiar, pentru a se asigura necesarul de fier pentru o zi, că este suficient a se mînca un măr în care a stat înfipt un cui nou, de seara pînă dimineața. Astăzi aceste prescripții sînt depășite, alimentația rațională asigurînd, cu prisosință, nevoile de fier ale organismului.

Indiferent de tipul preparatului medicamentos, doza terapeutică se exprimă în miligrame fier elemental (fier ca atare, nu sarea sub care se administrează).

Preparatele cu eliminare lentă (cum este, de exemplu, preparatul *Ferrum gradumet*), cu toate că au avantajul că se administrează o singură dată în 24 de ore (față de 2—3 prize zilnice pentru preparatele convenționale), au marele dezavantaj al absorbției reduse (1/4—1/6 din doza ingerată).

„Alfabetul vitaminic și tabloul periodic al elementelor", denumire acordată bogatei liste de medicamente prescrisă nu rareori bolnavilor cu anemie feriprivă, este nu numai inutil, ci chiar dăunător, deoarece poate masca alte deficiențe.

Forma de prezentare a preparatelor de fier este variată : drajeuri, comprimate, sirop, picături.

La copil se preferă siropul și picăturile. Doza optimă este 1,5—2 mg fier/kilocorp.

Absorbția maximă se realizează prin administrarea medicamentului pe nemîncate, însă în acest mod iritația digestivă pe care o produce este mult mai mare.

Preparatul cel mai folosit este glutamatul feros (Glubifer), care se prezintă sub formă de drajeuri a 100 mg, care conține 20 mg fier elemental. Doza optimă pentru adult este de 150—200 mg fier elemental pe zi ; în formele ușoare sînt suficiente 80—100 mg pe zi.

Efectele secundare nedorite cele mai frecvent întîlnite sînt : greața, constipația, durerea abdominală, colorarea scaunului în negru. Acest ultim aspect obligă la cercetarea atentă a eventualelor sîngerări digestive concomitente.

Răspunsul la tratament este cu atît mai prompt, cu cît anemia este mai severă.

Creşterea hemoglobinei începe la adulţi din a doua săptămînă de tratament, iar refacerea totală se face în 2—3 luni. Hemoglobina creşte cu 1—2 g pe săptămînă, iar după o lună creşte cu 50% faţă de valoarea iniţială.

Elementele clinice care constituie criterii pentru aprecierea eficacităţii tratamentului sînt : dispariţia atrofiei papilelor linguale şi normalizarea aspectului limbii în 3 luni, normalizarea unghiilor în 3—6 luni ; dificultatea la înghiţit cedează ultima, după 8—12 luni (uneori este nevoie chiar de dilataţii ale esofagului superior).

Răspunsul insuficient este definit de creşterea hemoglobinei cu mai puţin de 2 g/100 ml în prima lună şi nerevenirea ei la normal în 3 luni. Aceasta se întîmplă în următoarele situaţii : nerespectarea tratamentului, continuarea sîngerării, asocierea la deficitul de fier a lipsei de vitamina B 12 şi de acid folic, infecţii cronice, hipotiroidie, insuficienţă renală cronică, tulburarea absorbţiei intestinale a fierului, diagnostic eronat de anemie feriprivă.

Răspunsul bun la tratament (la o lună şi la 2 luni) obligă la continuarea tratamentului cu fier în timp dublu echilibrării sanguine, pentru refacerea rezervelor de fier (în general, 6 luni), uneori chiar 8—18 luni ; astfel se evită recăderile.

Feroterapia pe cale injectabilă are indicaţii restrînse : intoleranţa digestivă ; necooperarea bolnavului ; continuarea sîngerării în ritm superior recuperării pe cale bucală ; existenţa unor tulburări digestive ce se agravează prin administrarea de fier pe gură (rectocolita ulcerohemoragică, boala Crohn).

Dintre preparatele medicamentoase de fier injectabil mai frecvent folosite sînt : fierul dextran, fierul polimaltozat, fierul zaharat. Ele se administrează intramuscular profund sau intravenos lent.

Utilizarea fierului injectabil este grevată de efecte secundare nedorite, variate şi grave : locale (durere, flebită) şi generale (durere de cap violentă, roşeaţă, febră, urticarie, greaţă, vărsături, dureri articulare, crize de astm bronşic, mărirea ganglionilor limfatici, infiltrare a pielii). Există rare cazuri mortale.

Dat fiind gravitatea efectelor secundare, trebuie testată toleranţa bolnavului cu doze mici (intramuscular, intravenos).

Terapia cu fier injectabil trebuie să justifice riscurile la care expunem bolnavul.

Transfuzia de sînge sau de *masă eritrocitară* (numai globule roşii) are puţine indicaţii în anemia feriprivă. Aceasta deoarece boala este cronică, se instalează lent şi bolnavii se adaptează bine. Indicaţiile sînt constituite de : hemoragia acută, necesitatea unei intervenţii chirurgicale de urgenţă, instabilitatea circulatorie.

PROFILAXIA ANEMIEI FERIPRIVE

Este utilă la copii, gravide, donatori de sînge, bolnavi operaţi de stomac.

Se realizează prin aport alimentar sau prin terapie cu fier pe cale orală.

La sugar este obligatorie introducerea precoce a alimentaţiei mixte şi suplimentarea laptelui sau a hranei cu 7—12 mg fier/zi, după vîrsta de 3 luni. La cei cu risc crescut (prematuri, gemeni) profilaxia medicamentoasă se începe din a 4-a — a 5-a săptămînă, cu sirop sau picături, cîte 5 mg fier elemental pe zi ; în general, doza este de 1 mg fier/kilocorp/zi.

La gravide neanemice se va administra fier în doză de 30 mg/zi, în a doua jumătate a sarcinii. Antecedentele cu sîngerări genitale, avorturi, sarcini numeroase obligă la mărirea (dublarea) dozei.

La donatorii de sînge profilaxia vizează înlocuirea cantităţii de fier pierdută. După prelevare de 250 ml de sînge trebuie să se administreze circa 1 000 mg fier elemental la bărbaţi şi 2 000 mg la femei (cîte 3 drajeuri de Glubifer pe zi, timp de 2 şi, respectiv, 4 săptămîni).

La operaţii de stomac se administrează după 3—5 ani de la intervenţia chirurgicală, fie injectabil, fie pe gură, fier în cantităţile reclamate de gradul anemiei.

CONCLUZII

— Anemia feriprivă nu este niciodată un diagnostic primar, ci manifestare secundară a unei alte tulburări.

— Diagnosticul corect presupune diagnosticul de anemie feriprivă şi al cauzei deficitului de fier.

— Gravitatea bolii nu depinde de gradul anemiei, ci de severitatea bolii care a determinat-o. O anemie severă, indusă de boli uşor de rezolvat (hemoroizi, fibrom uterin, deficienţe nutritive etc.), este mult mai uşoară decît o anemie moderată, care însoţeşte neoplasmul (cancerul) sau o boală nerezolvabilă (teleangiectazia hemoragică, de exemplu).

— Tratamentul presupune :

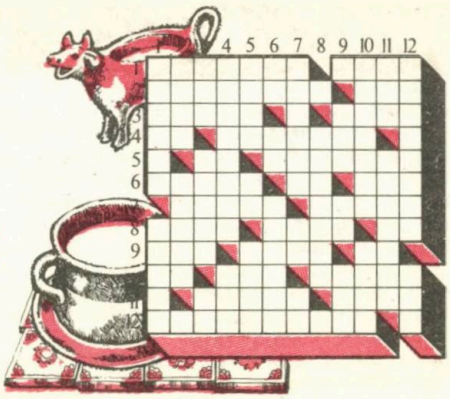
- îndepărtarea cauzei inductoare a anemiei feriprive ;
- corectarea anemiei (normalizarea hemoglobinei din sîngele circulant) ;
- refacerea rezervelor de fier.

— Tratamentul cu fier pe cale orală constituie regula, cel injectabil, excepţia.

Conf. dr. EMIL A. POPESCU
SPITALUL CLINIC DE URGENŢĂ, BUCUREŞTI

La pieţe

Un aliment complet



ORIZONTAL : 1. Substanţă proteică aflată în lapte şi care, coagulîndu-se, formează partea componentă principală a brînzeturilor — Derivat al laptelui de oaie, care se obţine prin fierberea şi închegarea zerului gras rămas de la prepararea caşului sau de la alegerea untului. 2. Capra care a alăptat în Creta pe Zeus (mit.) — Grăsime naturală, solidă, extrasă din lapte şi folosită ca aliment. 3. Scriitor de limbă idiş (1859—1916), creatorul lui „Tevie lăptarul" (Alehem) — A se uni. 4. Pune la mijloc ! — Nimfa greacă despre care se spunea că este „albă ca laptele" (mit.). 5. Uimitor început ! — „Homer-ul poporului român" (1839—1889), din ale cărui „Amintiri din copilărie" aflăm că minca pe ascuns smîntina de deasupra oalelor cu lapte, puse la prins de mama sa (Ion). 6. Păşune — Dînsul — Unitate de măsură pentru greutăţi în R. P. Chineză. 7. Hidrocarbură saturată — Interval. 8. Furnizoare de lapte (pl.) — Orăşel în Argentina — Simbolul chimic al sodiului. 9. Fire de urzeală — Gustul laptelui bătut (fem. pl.) — O sută unu la romani. 10. La sfîrşit, lapte ! — Marca autoturismului românesc de teren — A indica. 11. A se alătura — Avînt. 12. Fabulist francez (1621—1695), autorul fabulei „Lăptăreasa şi oala cu lapte" (Jean de).

VERTICAL : 1. Produs alimentar preparat din lapte închegat şi stors de zer (pl.) — Se hrăneşte cu lapte direct de la sursă. 2. Clasic al picturii româneşti (1831—1891), realizatorul tabloului „Laptagii" (Theodor) — A se zvîrcoli. 3. Literă arabă — Lăptoc (pl.) — Afară, la intrare ! 4. Lăudaţi — Apel telefonic. 5. Localitate în Pakistan — În final, lactoză ! — Arbust. 6. Nord-est — Loc gol ! — În lapte, vorbind despre plante sau cereale. 7. Procesul de aerisire a cerealelor dintr-un siloz — Mere ! Se serveşte. 8. Brînză preparată din caş bine stors, conservat în saramură. 9. Insula magicienei Circe (mit.) — Precum — Animal din ţinuturile nordice. 10. Care se deplasează prin intermediul unor organe de rostogolire (fem.) — Există în astronomie şi una a Laptelui. 11. Oraş în U.R.S.S. — Vas de metal pentru transportul laptelui. 12. Fiica lui Iason, regele Arcadiei, care, părăsită de copilă, pe vîrful unui munte, a fost alăptată de o ursoaică şi a dobîndit o mare îndemînare pentru vînătoare (mit.) — În cei dintîi de viaţă laptele este alimentul primordial.

DICŢIONAR : Tan, Ecart, Emma, Zal, Itma, Aea, Dni.

ADAM STOICA

Cel mai vechi fruct cunoscut omului este mărul, produs al pomului fructifer cu acelaşi nume, care trăieşte între 30—100 de ani. El a provocat multe legende, de la „Fructul oprit", la „Mărul discordiei" sau tragedia celebră a lui Schiller — „Wilhelm Tell" —, care a inspirat şi pe Rossini, în compunerea renumitei opere.

Mărul la egipteni, datorită calităţilor sale deosebite, era cunoscut şi apreciat încă din timpul faraonului Ramses al II-lea, care-l cultivă în grădinile sale din delta Nilului.

Patria sa a fost Turcia de Nord (orientală), unde a crescut spontan, avînd pămînt şi climă prielnice. Răspîndirea lui era de multă vreme cunoscută, încît mulţi autori pomenesc de fabricarea cidrului, băutură obţinută din sucul de mere.

Astăzi mărul creşte în Australia, Noua Zeelandă, America Latină, S.U.A., Europa, Asia Centrală şi chiar în Siberia.

Grecii şi romanii, care au împrumutat atît fructul cît şi numele, nu aveau un cuvînt special pentru a-l distinge de celelalte fructe, numele de măr fiind folosit, în general, pentru orice fruct. Apoi i s-a dat numele latinesc **malum** şi denumirea ştiinţifică de **pirus malus.** De la celţi ne-a rămas numele de **mil** sau **mel.**

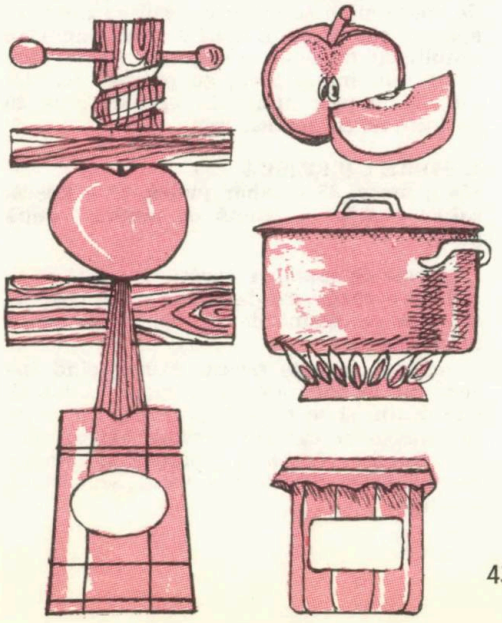
Mărul a fost apreciat şi de doctorii din Evul Mediu, utilizîndu-l sub formă de cataplasme sau ca aliment.

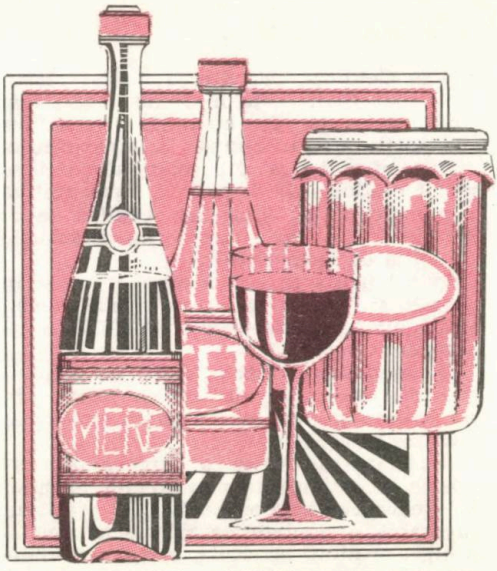
Pe vremuri, merele au fost folosite şi ca remedii empirice. De pildă, în combaterea anemiei — evident ineficace — mărul era înţepat cu cuie din fier ruginite. Se considera că prin mîncarea mărului îmbibat cu rugina din fier se introduce în organism şi fierul, atît de necesar !

Mărul s-a bucurat de multă apreciere din partea poporului nostru, lucru dovedit prin numele dat unor localităţi, ca : Poiana Mărului, Merişor, Valea Mărului etc., ca şi prin dragostea faţă de acest fruct, bine oglindită în urarea de Anul Nou „florile dalbe, flori de măr...“

Astăzi se cunosc circa 1 500 de varietăţi de măr (renete, parmeni aurii, ionatane, domneşti, creţeşti etc.), care se consumă proaspete sau în diferite preparate (compot, jeleu, marmeladă, budinci, sufleuri etc.). De asemenea, sucul din mere fermentate furnizează binecunoscuta băutură „cidrul“. În Saxonia se întîlneşte mult **mustul din mere,** preparat din mere alese (îndepărtîndu-se cele stricate sau puţin atinse), care se spală, se lasă la scurs, apoi se pun în prese speciale, de unde mustul curge în vase. Pentru a putea fi păstrat timp îndelungat, mustul se pune în sticle şi se pasteurizează (pînă la aproximativ 70° C).

Mărul prezintă avantajul că poate fi consumat în oricare anotimp şi în orice





moment al zilei. Calităţile nutritive ale acestui fruct se datorează conţinutului bogat în săruri minerale, ca : potasiu, fosfor, calciu, sulf, magneziu, fier şi în special cantităţilor reduse de natriu, ceea ce-i face fructul deosebit de valoros pentru cardiorenali. De asemenea, se ştie că potasiul este atît de necesar unei bune funcţionări a muşchiului cardiac, căruia îi fortifică forţa de contracţie. Conţinutul mărului şi în vitaminele A, B_1, B_2, C şi PP îi conferă veritabile efecte terapeutice.

Deoarece mărul conţine cantităţi reduse de proteine şi glucide, valoarea calorică a acestuia este mică, de aproximativ 67 de calorii la suta de grame de fruct. În schimb, datorită şi acestor calităţi, este indicat în prevenirea şi combaterea obezităţii.

Glucidele care se găsesc în măr sînt uşor asimilabile, sub formă de fructoză şi glucoză. Dintre acestea predomină fructoza, care alcătuieşte peste jumătate din conţinutul lor în glucide. De aceea merele sînt bine tolerate în colita de fermentaţie şi indicate în raţia alimentară zilnică a diabeticului.

O altă caracteristică a mărului este prezenţa unor acizi care îi conferă gustul plăcut acrişor, ca şi a substanţelor pectice, datorită cărora formează jeleuri. Merele sînt bogate în pectine, substanţe higroscopice, care sînt capabile să absoarbă substanţele toxice formate din degradarea alimentelor. Avînd aceste proprietăţi, merele coapte, rase sau sub formă de pireu, se utilizează cu succes în tratamentul diareelor, enteritelor şi colitelor de fermentaţie, atît la copii, cît şi la adulţi.

Datorită calităţii higroscopice a mărului, un fruct pus în cutia în care se păstrează pîinea, împiedică uscarea acesteia.

Mărul mîncat cu coajă (care conţine celuloză) favorizează un tranzit intestinal normal, ducînd la combaterea consti-

pației. Celuloza mărului, avînd o structură mai fină, este hidrolizată cu mai multă ușurință de enzimele bacteriilor din porțiunile terminale ale intestinului subțire și mai ales din colon, născîndu-se astfel produși de degradare fermentativă a glucidelor ; și acest fapt explică de ce merele crude sînt tolerate de persoanele cu colită de fermentație.

Prin bogăția în apă a merelor, ca și în potasiu și în glucide (cu molecula mică), sînt indicate în afecțiunile renale și în insuficiența hepatică.

De asemenea, mărul, datorită acțiunii sale diuretice, este utilizat cu succes în prevenirea și combaterea gutei, ajutînd la eliminarea acidului uric.

Încă din antichitatea greacă se cunoaște recomandarea consumului mărului în vindecarea sclerozei. Datorită efectului favorabil în combaterea arterosclerozei și a hipertensiunii arteriale, mărul este indicat și la persoanele care au o vîrstă mai înaintată. De reținut este faptul că persoanele în vîrstă, care au o dantură deficitară, nu trebuie să fie private de la consumarea acestui fruct. În asemenea cazuri mărul se poate consuma ras, copt sau sub formă de suc sau pireu. De menționat este faptul că pentru raderea merelor este necesară utilizarea **răzătoarei din sticlă** sau **din material plastic,** întrucît cele metalice distrug, prin oxidare, vitamina C.

Sucul de măr se folosește, cu succes, în măștile cosmetice, pentru combaterea deshidratării tenului, iar fructul crud, mestecat lent, curăță dantura și ajută, totodată, la fortificarea musculaturii maxilarelor.

În cazul insomniilor moderate, cîteva mere înainte de culcare înlocuiesc, cu succes, somniferele.

Mărul mai are avantajul că este un fruct ușor digerabil. De pildă, 150 g de mere crude sînt evacuate din organism după 3—4 ore.

Mărul (ca oricare alt fruct) trebuie, înainte de consumare (crud sau preparat), bine spălat cu apă.

Se știe că vitamina C este sensibilă la acțiunea oxigenului și a temperaturii ridicate din aer, distrugîndu-se. Aciditatea mărului face ca vitamina C să se păstreze timp îndelungat. Astfel, merele păstrate în pivniță (4-6 luni) sau în magazii reci (1-2 luni) pierd numai 15-20% din conținutul lor în vitamină C, pe cînd la temperatura camerei pierderile sînt mult mai mari.

Merele, prin acțiunea lor alcalinizantă, mențin la copii echilibrul acido-bazic și previn gastroenteritele, iar la sportivi stimulează activitatea musculară intensă. De asemenea, sînt indicate și în sarcina cu acidoză **(acidoză** = perturbarea echilibrului acido-bazic în organism) și în toate afecțiunile care scad rezerva alcalină a organismului (boli febrile, distrofii diferite etc.).

Mărul este fructul tuturor vîrstelor, beneficiind de el atît cei bolnavi, cît și cei sănătoși. Un mare avantaj al acestui fruct este și faptul că îl găsim tot timpul anului, mai ales iarna, cînd unele fructe sînt greu accesibile. De aici și proverbul englezesc, care spune că : „Un măr mîncat pe zi ține medicul la distanță".

Iată și zece rețete utile (în ordinea alfabetică), în care acest fruct minunat este alimentul de bază.

1. BUDINCĂ DE MERE CU FIDEA

80 g fidea, 250 g mere, 25 g zahăr, 5 g unt, coajă de lămîie

Fideaua se rupe și se pune la fiert în apă clocotindă. După ce a fiert, se scurge bine de apă.

Separat, merele se spală, se curăță de coajă și se rad pe răzătoare de sticlă, apoi se înăbușe cu zahărul, în zeama lor. La urmă se adaugă coajă de lămîie sau scorțișoară foarte fin măcinată (după gust). Merele se amestecă cu fideaua și untul. Se pot lăsa cîteva minute în cuptor.

2. COMPOT DE MERE (conține 15 g glucide)

150 g mere, scorțișoară, ciclamat de sodiu

Merele se curăță, se spală și se taie în bucăți. Apa se pune la fiert, iar după ce a dat în cîteva clocote se adaugă merele și scorțișoara. Cînd merele sînt moi, compotul este gata și se adaugă ciclamatul de sodiu.

3. MERE UMPLUTE CU DULCEAȚĂ

250 g mere, 20 g dulceață

Merele se aleg să fie aproape egale și de mărime potrivită. Se spală, se curăță de coajă și se scobește cotorul cu un cuțit special sau cu o linguriță mică, apoi se umplu cu dulceață (de gutui, vișine etc.) și se pun într-o tavă, cu puțină apă. Se pun la cuptor timp de aproximativ 20 de minute. Se servesc reci.

4. MERE CU FRIȘCĂ

180 g mere, 25 g zahăr pudră, 30 g frișcă, zahăr vanilat și zeamă de lămîie, după gust

Merele se spală, se curăță de coajă și se rad pe o răzătoare de sticlă, după care se stropesc cu zeamă de lămîie, ca să nu se înnegrească.

Separat se bate frișca. Atunci cînd începe să se îngroașe, se adaugă zahărul, cîte puțin, și se bate încontinuu. La urmă se adaugă și zahărul vanilat, bătînd mereu. După ce frișca este bătută, se adaugă merele rase, amestecînd ușor. Se servesc imediat.

5. MERE UMPLUTE CU OREZ
250 g mere, 70 g orez, zahăr, coajă de lămîie, stafide

Orezul se alege, se spală şi se pune la fiert cu apă. Cînd este aproape fiert, se adaugă zahărul (după gust) şi se ia de pe plită. În orezul fiert se pun stafidele şi coaja de lămîie şi se amestecă uşor. Merele se spală, se curăţă de coajă şi se scobeşte cotorul cu un cuţit special sau cu o linguriţă mică. Se umplu cu orezul preparat, cum am arătat mai sus, şi se pun într-o tavă, unul lîngă altul. În tavă se pune puţină apă. Se lasă la cuptor aproximativ 20-30 de minute. Se servesc reci.

6. PIREU DE MERE (conţine 25 g glucide)
250 g mere, scorţişoară, ciclamat de sodiu

Merele se spală şi se curăţă de coajă, apoi se taie în bucăţi. Se pun la fiert 200 ml apă ; cînd apa clocoteşte, se adaugă merele tăiate. După ce au fiert se dau prin sită şi se adaugă scorţişoara foarte fin măcinată şi ciclamatul de sodiu. Se dă la rece. Se mai poate face, în acelaşi mod, şi pireu din pere.

7. PRĂJITURĂ CU MERE (conţine 18 g glucide)
180 g mere, 1 ou, 20 g smîntînă, scorţişoară, zaharină sau ciclamat de sodiu

Merele se spală, se curăţă de coajă şi se rad pe răzătoarea de sticlă. Apoi se pun la înăbuşit cu o lingură de apă şi puţină scorţişoară. După ce s-au muiat merele, se amestecă cu zaharina dizolvată într-o jumătate de linguriţă de apă fierbinte şi se pun la rece. Gălbenuşul se freacă bine, se adaugă merele pregătite mai înainte, smîntîna şi albuşul bătut spumă. Totul se amestecă uşor. Compoziţia se toarnă într-o formă unsă cu unt sau margarină, se pune în cuptor, la foc potrivit, şi se coace aproximativ 15-20 de minute.

8. OŢET DE MERE

Cojile de mere se taie în bucăţi mici, se pun într-un borcan curat de sticlă si se toarnă peste ele apă fiartă şi răcită, atît cît să le acopere. Se ţin la un loc căldu ţ aproximativ 20—30 de zile, apoi se strecoară şi lichidul obţinut se pune în sticle. După cîteva zile se depune pe fundul sticlei o tulbureală (precipitat) ; atunci se caută să se extragă lichidul decantat într-alt vas.

De reţinut este faptul că timp de o săptămînă se pot pune zilnic cojile de mere obţinute, adăugîndu-se în borcan, peste cele vechi. În timp ce fermentează se pot pune în continuare coji de mere într-alt borcan, repetîndu-se operaţiile descrise.

Oţetul astfel preparat se poate folosi în orice fel de salată.

9. SALATĂ DE CARTOFI, MERE ŞI SFECLĂ
140 g cartofi, 120 g mere, 140 g sfeclă roşie, 15 ml untdelemn, oţet

Cartofii se spală bine cu peria şi se pun la fiert în coajă. În apa de fierbere se pune puţin oţet. Cînd sînt fierţi, se curăţă de coajă şi se taie felii rotunde.

Sfecla se spală bine, tot cu o perie, şi se coace la cuptor sau se fierbe în apă, apoi se curăţă şi se taie felii.

Merele crude se spală, se curăţă de coajă şi se taie felii. Totul se amestecă bine şi se adaugă untdelemnul. La urmă se stropeşte cu cîteva picături de oţet din fructe sau zeamă de lămîie.

10. SUPĂ DE MERE
150 g mere, 5 g făină, 50 ml lapte, 10 g zahăr, 10 g smîntînă, 65 g pătrunjel (rădăcină), frunze de pătrunjel

Se pun la fiert aproximativ 300 ml apă. Cînd apa clocoteşte, se adaugă rădăcina de pătrunjel curăţată, spălată şi tăiată în bucăţi. Se fierbe aproape o oră, după care se scoate rădăcina de pătrunjel. În supa clocotindă se adaugă făina amestecată cu laptele rece, împreună cu zahărul şi merele spălate, curăţate şi tăiate felii. Totul se lasă să fiarbă pînă se înmoaie merele. La urmă se presară verdeaţa spălată şi tocată fin. La servire se adaugă smîntîna. Supa se poate servi şi rece.

* * *

De subliniat este faptul că şi prezentarea sub o formă aspectuoasă a mîncării duce la rezultatul dorit, adică la posibilitatea consumării acestor mîncări pe tot timpul necesar. O prezentare îngrijită a mîncării este foarte importantă, deoarece compensează, întrucîtva, monotonia alimentară care-l face pe suferind inapetent.

NOTĂ

Reţetele cu numerele :
— 2, 6, 7, 8 pot folosi diabeticilor, în care cantitatea de mere se scade din raţia zilei ;
— 1, 3, 4, 5, 8, 9, 10 pot fi folosite în afecţiunile cardio-renale, în care consumul sării este contraindicat ;
— 3, 5, 8, 9 şi 2, 6 (în care ciclamatul de sodiu sau zaharina vor fi înlocuite cu zahăr) sînt indicate în afecţiunile hepatice.

ILEANA ŞERBĂNESCU-BERAR
SPECIALISTĂ ÎN NUTRIŢIE ŞI DIETETICĂ

știați că ...

...prima operație de apendicită a fost realizată în anul 1736 ? Medicul-chirurg care a efectuat-o se numea Claudius Amyand (1680–1740), iar pacientul, S. Surgeon.

...prima nefrectomie (îndepărtarea pe cale chirurgicală a unui rinichi) în istoria chirurgiei moderne a fost efectuată de profesorul Gustav Simon (1824–1876) din Heidelberg, în ziua de 2 august 1869 ?

...prima grefă de piele din lume a fost efectuată în anul 1869, de către medicul francez Justin Reverdin ?

...prima descriere științifică a ochiului uman a fost făcută de medicul arab Bon al Haisam, în secolul al XI-lea ? El a remarcat faptul că obiectele privite prin lentile biconvexe par mai mari.

...prima lucrare științifică în care se demonstrează originea animală a omului a apărut în 1859 ? Este vorba de lucrarea lui Charles Darwin, „Originea speciilor".

...cea mai veche proteză de picior datează din secolul al III-lea ? Aceasta era confecționată din fire și foi subțiri din bronz, montate pe un suport de lemn.

...cel mai vechi document cunoscut în care se găsesc rețete medicale a fost redactat în scrierea cuneiformă și în limba sumeriană, pe o tabletă de argilă de 15/9 cm ?

...primul medic martir cunoscut în lume a fost medicul spaniol Miguel Servet, descoperitorul circulației sîngelui între inimă și plămîni ? El a fost ars pe rug, fiind considerat eretic și periculos creștinismului.

...prima femeie medic din țara noastră a fost Maria Cuțarida-Crătunescu ? Teza de doctorat și-a susținut-o la Paris, în anul 1884.

...prima operație de extirpare a splinei, în țara noastră, s-a realizat cu succes la Spitalul Brîncovenesc din București, în anul 1892, de către chirurgul Nicolae Bardescu ?

I. MURGAN

directe indirecte

– Cînd carul se răstoarnă, ce-s boii de vină ?
– Vorbele rele sînt ca bolile transmisibile.
– Cine prețuiește viața dă valoare și secundei.
– Ceea ce bisturiul este pentru medic, legea este pentru magistrat.
– Declarație de martor : „Eu l-am văzut pe inculpat la bufet bînd numai apă".
– La bătrînețe sîntem mai cuminți pentru că greșelile le plătim mai scump.
– Ceea ce este talentul față de impostură este modestia față de tupeu.
– Cînd plouă cu zîmbete, sînt senin.
– Deodorantul nu te scutește de apă și săpun.

– Biata curcă, din plouată, a ajuns și... poluată.
– Onoarea onorează, nu onorariile.
– Ca și doctorul, avocatul te apără... dacă nu intervin complicații.
– Dacă suferi de inimă adresează-te unui cardiolog cardiac. Te înțelege mai ușor.
– Distrat, magistratul s-a adresat farmacistei : „Dați-mi o soluție de achitare !"
– Și măcelarul iubește animalele.
– Doctore, dacă îmi este interzis alcoolul, pot servi carnea în sos de vin ?
– Copiii să nu afle de la vecini ce trebuie să afle de la părinți.
– Aforismul bun este ca un buchet de flori concentrat într-o picătură de parfum.

ARISTOTEL PÎRVULESCU

ANOMALIILE DENTOMAXILARE LA COPII

Prof. dr. doc. P. FIRU
Șeful Clinicii de Ortodonție — Pedodonție, I.M.F. București

O nouă afecțiune „stomatologică" își face apariția din ce în ce mai frecvent la copiii epocii noastre, afecțiune cunoscută astăzi sub numele de anomalie dentomaxilară, malocluzie sau dizarmonie dentofacială. **Frecvența acestei boli, desemnată înainte sub numele de „neregularități" sau „înghesuiri" dentare, a crescut de la 20% la 75%, devenind astăzi o adevărată problemă de asistență socială.**

Anomaliile dentomaxilare au o etiopatogenie particulară, neputînd fi incluse nici în cadrul infecțiilor, nici în cadrul bolilor degenerative, nici în cadrul tumorilor; ele sînt considerate tulburări de dezvoltare „somatică", manifestate prin creșterea în exces a maxilarelor sau alveolelor superioare sau inferioare, față de cele antagoniste, de partea dreaptă sau stîngă, care pot avea și ele o creștere deficitară, astfel încît dinții superiori nu mai vin în contact cu cei inferiori, motiv pentru care aceste afecțiuni se mai numesc și malocluzii ; **multe anomalii dentomaxilare se datoresc numai înclinării, deplasării sau rotației unor dinți, care uneori apar disgrațios la un copil, care rîde cu gura „deschisă" (fig. 1).**

Anomaliile dentomaxilare se observă și la copiii țării noastre, în proporție de 30% la preșcolari, procentul crescînd pînă la 65%—75%, după vîrsta de 6 ani, la copiii cu dentiția permanentă.

Numai în 15%—20% anomaliile dentomaxilare se moștenesc de la părinți ; un procent de 40%—45% din anomalii se datoresc unor obiceiuri vicioase : suptul degetului, mușcarea buzei superioare sau inferioare, respirația pe gură, mestecarea în grabă a mîncării, înghițirea mîncării cu limba între dinți și chiar vorbirea defectuoasă ; de asemenea, pierderea precoce a dinților de lapte sau a celor permanenți determină anumite anomalii, în proporție de alte 40% din cazuri.

Copiii care nu sînt hrăniți la sîn, în primele 10 luni după naștere, formează marea masă de bolnavi cu anomalii dentomaxilare la vîrsta preșcolară, deoarece ei trec de la suptul biberonului la suptul policelui, trec de la respirația nazală la respirația bucală și nu învață să-și coordoneze normal mișcările maxilarelor, buzelor și limbii, în efectuarea ulterioară a respirației, masticației sau deglutiției normale.

Lipsa de contact între dinții temporari se transmite la cei permanenți, fiind ne-

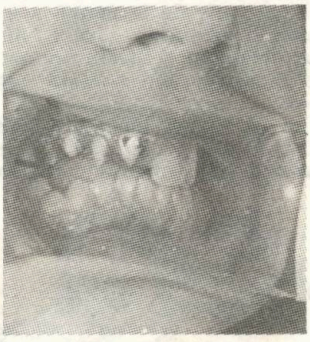


Fig. 1. — Sindromul Duchateau cu displazie, deformații dentare și inocluzie verticală.

cesare tratamente ortodontice de 2—3 ani, pentru a reaşeza dinţii în poziţie corectă.

Copiii cu malocluzii dentare formează cel mai mare procent de bolnavi de „stomac" ; ei fac cel mai des infecţii faringo-amigdaliene sau auriculare la cele mai simple „răceli" ; cei ce respiră pe gură nu introduc cantitatea necesară de oxigen în organism, astfel încît aceştia, la şcoală, nu se pot concentra la lecţii, au somnolenţă ziua şi somn agitat noaptea, obişnuindu-se să „sforăie".

Cum prevenim aceste anomalii dentomaxilare ?

În etapa prenatală igiena şi sănătatea mamei constituie prima măsură profilactică eficace în dezvoltarea normală a aparatului dentomaxilar la făt ; alimentaţia raţională, bogată în vitamine şi sucuri minerale (fructe, legume, lapte şi produsele lui), igiena bucodentară, cu tratamentul precoce al tuturor leziunilor carioase sau parodontale, sînt măsurile cele mai necesare ce asigură fătului o bună calcifiere a oaselor şi dinţilor în dezvoltare şi previne orice infecţie de orgine dentară în timpul vieţii intrauterine.

Mişcarea în aer liber, în zone nepoluate şi neaglomerate, asigură o bună circulaţie sanguină la mamă şi deci o bună oxigenare a ţesuturilor fătului, prevenind în acelaşi timp contaminarea cu boli infecto-contagioase, din care rubeola este cea mai periculoasă, determinînd la făt, frecvent, anomalii dentomaxilare.

Igiena bucodentară corectă, cu paste de dinţi bogate în vitamina A (Aronal), şi tratamentul tuturor leziunilor dentare şi al focarelor de infecţie constituie măsuri obligatorii pentru mama gestantă.

În primele 10 luni de la naştere se recomandă suptul la sîn, cea mai eficientă metodă de prevenire a anomaliilor dentomaxilare, deoarece sugarul primeşte o alimentaţie optimă pentru dezvoltarea somato-psihică ; laptele de la mamă are compoziţia ideală în proteine, săruri minerale şi vitamine, este cald şi steril, prevenind tulburările digestive din această etapă de dezvoltare.

În cazul că mama nu poate alăpta, alimentaţia copilului trebuie făcută artificial, cu biberonul, sub controlul medicului pe-

Fig. 2 - Culcarea copilului pe spate favorizează respiraţia orală

Fig. 3 - Culcarea copilului pe burtă nu previne sugerea degetului

diatru ; în timpul suptului copilul trebuie menţinut în poziţie semiverticală ; schimbarea alternativă a sugarului pe partea dreaptă şi stîngă este necesară pentru a preveni asimetriile faciale.

Copiii alimentaţi artificial pînă la 10 luni, cu biberonul sau, mai rău, cu linguriţa, fac anomalii dentomaxilare, ce se manifestă de obicei după 2 ani, cînd se remarcă „malocluzia"; de obicei aceşti copii învaţă să respire pe gură şi uneori numai pe gură, învaţă greşit să înghită cu limba între dinţi, devin „mofturoşi", mestecînd alimentele insuficient şi foarte încet ; în aceste condiţii, maxilarele se dezvoltă insuficient, determinînd anomalii dentomaxilare, greu de vindecat chiar prin mijloace ortodontice calificate.

Între 10 luni şi 3 ani, alimentaţia de bază a copilului rămîne tot laptele cu produsele lui, la care se asociază progresiv legume, fructe proaspete şi chiar coaja de piine, pe care trebuie să le mestece bine, fără grabă şi cu plăcere.

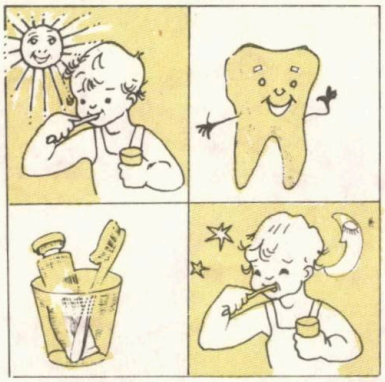
În această etapă trebuie depistate şi combătute diferitele disfuncţii, ca respiraţia bucală, deglutiţia cu limba între dinţi, masticaţia leneşă, vorbirea defectuoasă şi tot felul de „grimase" faciale pe care copilul le imită de la părinţi sau de la cei din jurul lui (fig. 2).

Se va încerca, încă din această perioadă, să se combată sugerea degetului, a buzei sau a oricărui obiect din jurul lui, folosind diferite mijloace recomandate de ortodonţi (fig. 3).

Între 3—6 ani trebuie luate măsuri energice de combatere a respiraţiei bucale, prin exerciţii de respiraţie şi controlul medicului O.R.L., care va recomanda diferite mijloace de permeabilizare a căilor respiratorii nazofaringiene ; reeducarea masticaţiei şi deglutiţiei infantile trebuie efectuată la recomandarea medicului ortodont.

Igiena bucodentară trebuie să înceapă la copii încă de la vîrsta de 6 luni la 1 an, cînd au apărut şi primii dinţi ; pentru aceasta mama îşi înveleşte degetul arătător cu o „faşă" îmbibată în apă călduţă, în care pune cîteva picături cu un oarecare antiseptic (apă oxigenată) ; mama freacă încet dinţii existenţi, pentru a îndepărta mai ales resturile de făinoase, foarte nocive pentru sănătatea dentară.

Între 2—4 ani mama va spăla dinţii copilului cu perii speciale (Bobo pentru copiii preşcolari), cu fire de nailon, fabricate de Întreprinderea Viitorul-Oradea, şi paste



de dinți Elmex, produse de firma Nivea-Brașov ; mama se va așeza în spatele copilului și va spăla încet și cu grijă dinții, pe toate suprafețele lor, începînd cu cele linguale, continuînd cu cele ocluzale și apoi cu cele vestibulare.

Între 4—6 ani, copilul va trebui să-și spele singur dinții cu perii Bobo cu fir de nailon și paste de dinți Elmex sau Bobo ABC cu fluor.

În această perioadă se începe testarea igienei bucodentare cu paste de dinți revelatoare cu placolor și se va face badijonarea dinților cu geluri fluorurate Elmex, de 3 ori pe lună, și cu tinctură fluorurată Elmex, de 2—4 ori pe an, înainte de a pleca în vacanță.

Orice carie apărută în această perioadă trebuie tratată precoce, în faza în care „frezarea" dinților nu produce dureri ; la nevoie, în cazul exploziilor de carii, se va consulta medicul stomatolog pediatru, care va prescrie tablete de fluor (Concaden) sau produse alimentare fluorurate, ca laptele fluorurat (Cariolact produs de Centrala laptelui București), sucuri de fructe fluorurate (citron sau smeură produse de I.L.F. Brașov).

Igiena bucodentară corectă cu fluorizare locală, igiena alimentației cu asocierea fluorului pe cale generală și tratamentul precoce al tuturor dinților temporari, decondiționarea obiceiurilor vicioase, iată măsurile cele mai eficiente în prevenirea anomaliilor dentomaxilare, boală ce începe să aibă „valențe" sociale din cauza frecvenței îngrijătoare și a aspectului disgrațios al feței și al zîmbetului copilului fericit, ce rîde cu „toată" gura.

piatra dentară și gura nevestei

(La cabinetul stomatologic)

TACHE : *Tovarășe doctor, v-aș ruga, un control. Mă cam supără o măsea !*

MEDICUL : *S-o vedem ! Luați loc, vă rog !* (pacientul vrea să se așeze pe un scaun). *A, nu, nu aici ! Pe fotoliul dentar. Așa ! O nimica toată. O mică carie. Trebuie să punem o plombă. Dar altceva e mai important. Aveți piatră pe dinți, multă piatră, o adevărată carieră...*

TACHE : *Și ce e de făcut ?*

MEDICUL : *Foarte simplu ! O îndepărtăm chiar acum.*

TACHE : *Bine, dar eu n-am venit pentru asta!*

MEDICUL : *N-are a face ! E cea mai bună ocazie să scăpați de ea și astfel puteți avea și o bună igienă a gurii, iar gingiile vor fi și ele protejate.*

TACHE (neîncrezător) : *Credeți că e bine ? Dacă spuneți dumneavoastră...*

* * *

(Tot în cabinet, dar după ce piatra dentară a fost îndepărtată)

MEDICUL : *E, cum vă simțiți ? Cu mult mai bine, nu-i așa ?*

TACHE : *Am o senzație ciudată...*

MEDICUL : *Nu-i nimic. Trece repede. Acu' să ne ocupăm de plombă.*

* * *

(Puțin mai tîrziu, acasă)

NEVASTA : *Ai fost la „dantist" ?*

TACHE : *De-acolo vin.*

NEVASTA : *Ce ți-a găsit ?*

TACHE : *O carie mică. Mi-a plombat-o. Cu ocazia asta, mi-a scos și piatra de pe dinți. Aveam grozav de multă !*

NEVASTA : *Cum, ți-a scos piatra ? De ce ai făcut asta, Tache ? Pe mine de ce nu m-ai întrebat ?*

TACHE : *Da' ce, e gura ta ? E gura mea !*

NEVASTA : *Aha ! Care va să zică nu-ți pasă de mine !?*

TACHE : *Doctorul mi-a spus că e nevoie. În fond ce interes ar fi avut ?*

NEVASTA : *Ce interes ? Să te capete de mușteriu pentru vreo proteză.*

TACHE : *Ce proteză ? N-am nevoie de nici o proteză.*

NEVASTA : *N-ai deocamdată, dar ai să ai ! Ai să pierzi toți dinții. Piatra ține dantura ! Dacă o scoți, îi iei toată rezistența. Așa a pățit Popeasca ! Și-a scos piatra și azi poartă proteză. Și parcă Ioneasca n-a făcut la fel? Mare prostie ai făcut, Tache, Tacheee... Ai să regreți, singur ți-ai făcut-o...*

(Tache se îmbracă și vrea să iasă)

NEVASTA : *Ce faci ? Unde pleci ?*

TACHE : *Am o treabă.* (Iese).

* * *

(Din nou la cabinetul stomatologic)

TACHE : *Tovarășe doctor, tot eu sînt !*

MEDICUL : *Ce s-a întîmplat ?! Vă supără ceva ?*

TACHE : *Da, gura nevesti-mi !*

MEDICUL : *Ați adus-o și pe dînsa ?*

TACHE : *Asta ar mai fi trebuit !*

MEDICUL : *Bine, dar ați spus că despre gura ei e vorba.*

TACHE : *A nevestei, într-adevăr. Zice că am făcut o mare prostie că v-am lăsat să-mi scoateți piatra, că mi-ați slăbit dantura și acum o să pierd toți dinții. De fapt și vecina noastră a pățit la fel. De piatră m-ați scăpat, da' de gura nevesti-mi cine mă mai scapă ?*

MEDICUL (iritat) : *E de prisos să încerc să vă conving. Dacă nevasta dumneavoastră crede asta, se înșală.*

TACHE : *Totuși, dumneavoastră, medicii, cînd vreți... ce nu puteți ! ?... Așa că, respectuos v-aș ruga, nu s-ar putea să mi-o puneți la loc ?*

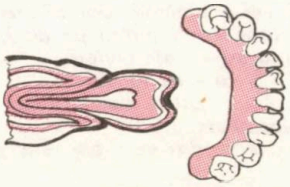
Dr. FLORIN COLONAȘ

Un cetățean calm, degajat,
La cabinet s-a prezentat,
Adresîndu-se frapant,
Medicului consultant :
— Este vorba, din păcate,
De trei măsele cariate
Și vreo două rădăcini
— Parcă-ar fi doi mărăcini —
Care trebui, prea stimate,
Fără milă extirpate !
Și mai spuse, cu tărie :
— Chiar și fără-anestezie !

Medicul surprins, mirat,
Pe loc i s-a adresat :
— Sînteți foarte curajos !
Nu ca alții, sperios,
Ce c-un clește cînd mă văd,
Cred că-i cataclism, prăpăd !
Și se vaită-n gura mare,
Că se-aude pe culoare.
Dumneata ești un bărbat,
Vrednic de felicitat !
Cum mai rar se întîlnește,
Și cum medicu'-și dorește !
Ia loc, dragă pacient,
Ca să te consult atent.

Cetățeanul, încurcat,
I-a răspuns, vădit jenat :
— Vai, m-ați înțeles greșit !
Nu de mine am vorbit,
Ci de soacră — să fiu clar —,
Care așteaptă pe culoar !...

PIA HAȚEGANU
MEMBRĂ A CENACLULUI „LUCIAN BLAGA"



ETOLOGIA*

hobby sau știință

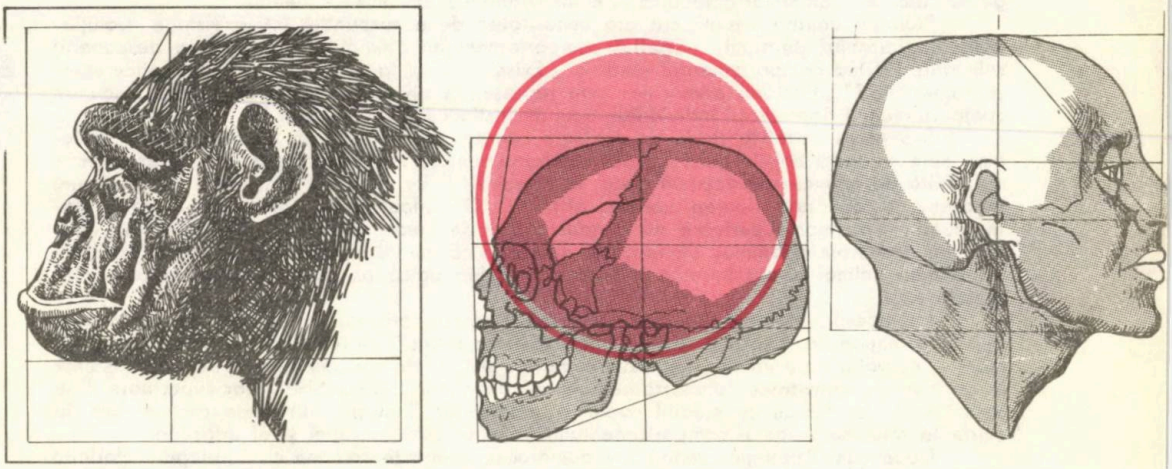
Cînd, în 1973, forul suprem de la Stockholm atribuia, în pofida tradiției, mult rîvnitul premiu Nobel (pentru fiziologie și medicină) unor cercetători (Konrad Lorenz, Karl von Frisch și Niko Tinbergen) din domeniul *etologiei*, evenimentul a provocat o anumită nedumerire în lumea științifică. Într-adevăr, cu numai un deceniu și jumătate în urmă, *etologia* nu intrase încă în preocupările curente ale biologiei și medicinii. Acordarea prețiosului „trofeu" avea să consacre, prin urmare, un domeniu de investigație științifică mai puțin cunoscut pînă atunci, care nu întrebuința o aparatură spectaculoasă, pretențioasă, ci simpla *observație directă*, atentă și sistematică, efectuată cu ochiul liber.

Ca și în cazul altor științe noi, etologia nu a fost de la început unanim acceptată, mulți antropologi și psihologi declinîndu-i dreptul de existență ca disciplină de sine stătătoare.

Etimologic, termenul provine de la cuvintele grecești *etos* = obicei și *logos* = discurs. Noțiunea de etologie a fost utilizată pentru prima dată la mijlocul secolului trecut, de către zoologul francez Saint-Hilaire și de filosoful englez John Stuart Mill.

Deși considerată cea mai tînără ramură a biologiei, etologia a continuat să evolueze rapid, mai ales în ultimele decenii, unele dintre datele ei intrînd deja în patrimoniul științei, iar tezele ei devenind de pe acum „clasice". La acest proces accelerat, pe lîngă cei trei laureați Nobel amintiți, au adus o contribuție majoră S. A. Barnett, I. Eibl-Eibesfeldt, W. Wickler, Ernst Mayr, G. Tembrock ș.a. La noi, de această problemă s-au ocupat îndeosebi Mihai Beniuc și Mihai Cociu.

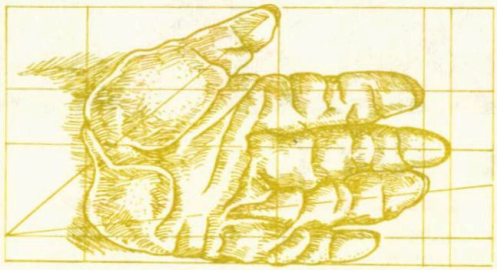
Etologia își propune să abordeze, prin mijloace specifice, diferite de cele ale psihologiei sau neurofiziologiei experimentale, comportamentul natural al animalelor în viața lor liberă, să sistematizeze și să explice întreaga bogăție de inițiative, de reacții, mai cu

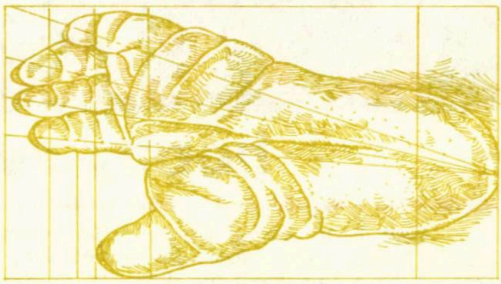


seamă schemele înnăscute, ereditare, ale actelor motorii complexe, de importanță vitală, caracteristice unor anumite specii animale.

Etologia încearcă să discearnă ce este „înnăscut" de ce este „învățat" în comportamentul animalelor, dezvăluind o multitudine de detalii și articulații de mare finețe. Acest univers de fenomene biologice, în care se împletesc reacții caracteristice cu semnale și informații specifice, este deschis nu numai observației largi, dar și interpretărilor complexe, teoretice. Etologul încearcă, astfel, să descifreze mecanismele care stau la baza comportamentului animal, cauzele care-l determină, pentru a putea prevedea cum va proceda un

* **Etologie** = știința care se ocupă cu studiul comportamentului animal și uman, în condițiile concrete, naturale, de viață.





animal sau un grup de animale, în anumite condiții de mediu ambiant. În același timp, important de cunoscut și de explicat este modul cum s-au dezvoltat în timp, cum s-au desfășurat procesele evolutive care au determinat apariția lor. Prin urmare, etologia acumulează noi date și detalii, noi argumente și explicații necesare elucidării unor cuceriri esențiale ale fenomenului *Viață* : adaptarea, explorarea și folosirea mediului ambiant, evoluția, antropogeneza etc.

Prin cercetări de etologie animală asupra ființei vii, care nu este un simplu organism, ci și o individualitate în acțiune, prin studii deosebit de atente și minuțioase, etologii au observat și analizat fenomenele de apărare a teritoriului, modul de instituire a unei „ierarhii" în colectivitățile animale, au confruntat cu realitatea unele prejudecăți tradiționale referitoare la instincte ș.a. Astfel, cercetările lui von Frisch cu privire la „dansul" albinelor au arătat că, prin anumite traiectorii, ele își semnalizează direcția în care se găsește o sursă de nectar și distanța pînă la aceasta. Deci, albinele posedă nu numai un sistem de orientare, ci și unul de comunicare. N. Tinbergen s-a remarcat prin cercetări privind comportamentul peștilor și al păsărilor. La rîndul lui, K. Lorenz (cu studii de bază medicale) a insistat asupra însemnătății studiilor ecologice pentru înțelegerea unor fenomene ale biologiei umane și chiar pentru aplicarea lor în pedagogie și psihiatrie.

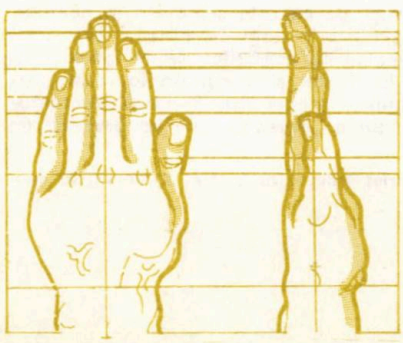
Dar etologia și-a extins sfera de cercetare și asupra comportamentului uman, stimulînd studiile de *etologie umană*. Comportamentul uman a fost analizat fie prin analogie cu cel al animalelor, fie prin încercarea de a explica unele obiceiuri, modele de conduită, gesturi etc. ale oamenilor actuali, prin comportamentul strămoșilor omului.

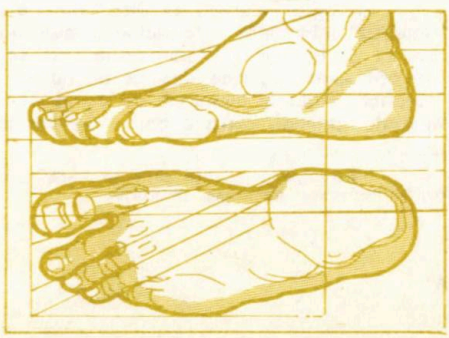
Etologia umană s-a născut din necesitatea de a răspunde, într-o viziune evoluționistă, la întrebări de tipul : „Studiul comportamentului animal poate duce la descoperiri relevante privind comportamentul uman ?" „Există oare și la om adaptări filogenetice comportamentale ?" „Factorul primordial este reprezentat de comportamentul înnăscut sau de comportamentul dobîndit al individului, deci de instinct sau de învățare ?"

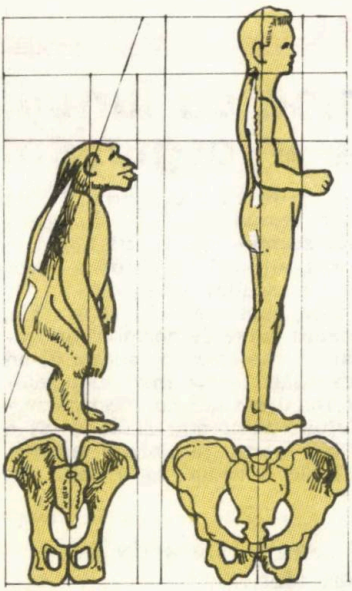
S-a ajuns astfel la studii de *etologie comparată*, considerată ca o ramură a biologiei, care studiază bazele genetice ale comportamentului în cursul filogenezei și experiența dobîndită de animale pe această bază, în cursul vieții lor. În acest sens, părintele etologiei moderne, octogenarul Konrad Lorenz, afirma : „O cunoaștere aprofundată a comportamentului animalelor superioare nu conduce, cum se crede adesea, la subestimarea diferențelor dintre om și animal. Dimpotrivă, eu susțin că numai un bun cunoscător al comportamentului animal poate aprecia într-adevăr poziția unică pe care o ocupă omul printre ființele vii".

Într-adevăr, etologia modernă cercetează comportamentul uman pornind de la concepția evoluționistă, pentru a stabili dacă și în ce măsură se regăsesc în acest comportament – dezvoltate pe un plan calitativ superior, distinct de cel animal – elemente existente în germene în activitatea comportamentală a animalelor, îndeosebi a celor superioare. Este astăzi cunoscut faptul că studiul evoluției animalelor (inclusiv antropogeneza) a pus în evidență rolul hotărîtor al comportamentului în fenomenul evoluției și al adaptării.

După cum fiziologia umană are numeroase elemente comune cu fiziologia celorlalte mamifere, tot așa în psihologia noastră există, foarte probabil, elemente înnăscute, de primat, de mamifer sau chiar de vertebrat. Studiile lui K. Lorenz, efectuate pe vertebrate, ma-







mifere şi antropoide, permit astăzi să apreciem cît „fond ancestral", instinctual, există în noi, cum să-l stăpînim şi, eventual, să-l utilizăm în scop favorabil.

Toate laturile pozitive şi negative ale omului au rădăcini etologice adînci ; viaţa socială şi culturală, ca o îndepărtare de cadrul natural filogenetic, poate fi studiată din punct de vedere biologic şi prin comparaţie cu viaţa animalelor domesticite sau dresate. Se poate afirma că însăşi viaţa socială a omului nu ar fi fost posibilă fără premisele etologice întîlnite la maimuţele superioare : „instinctele" sociabilităţii, ale ierarhiei în hoardă, imitaţiei, curiozităţii, îngrijirea îndelungată a progeniturii, relaţii sexuale stabile etc.

Etologia modernă are strînse conexiuni cu psihologia socială şi cu psihanaliza. De asemenea, prin dezvăluirea biocomunicaţiilor s-au pus bazele unor noi capitole în biocibernetică.

Consacrarea, prin acordarea înaltei distincţii ştiinţifice, în 1973, a unei direcţii de cercetare care leagă biologia de ştiinţele social-umane (după o perioadă îndelungată în care acest premiu a fost apanajul cercetărilor din domeniul biochimiei şi biofizicii) ne apare deosebit de semnificativă. În felul acesta, observaţia migăloasă cu simţurile noastre, neînarmate tehnic, una dintre metodele de bază, tradiţionale şi perene ale medicinii, este reabilitată.

Etologia umană poate şi trebuie să răspundă la numeroase şi variate întrebări, prin cercetare concretă, cu mijloacele ei specifice, în spiritul unităţii materiale a somaticului şi psihicului uman. Ea poate contribui, pe plan aplicativ, la reducerea agresivităţii în relaţiile interumane de orice natură, la optimizarea interacţiunilor dintre indivizi, la îmbogăţirea bazei teoretice şi practice a pedagogiei, la echilibrarea vieţii afective, la o mai bună adaptare a omului la mediul său de viaţă şi de muncă, din ce în ce mai „artificializat".

Prin etologie, „devalorizarea" naturii animale, îndeobşte acceptată, se cere depăşită pe baza argumentelor ştiinţifice. Căci, după cum afirma un cunoscut etolog (şi poate nu în mod paradoxal), «apropierea de animale, din perspectivă etologică, ne face să acordăm omului un plus de aprecieri pozitive, tocmai pentru unele laturi „zoologice" ale sale».

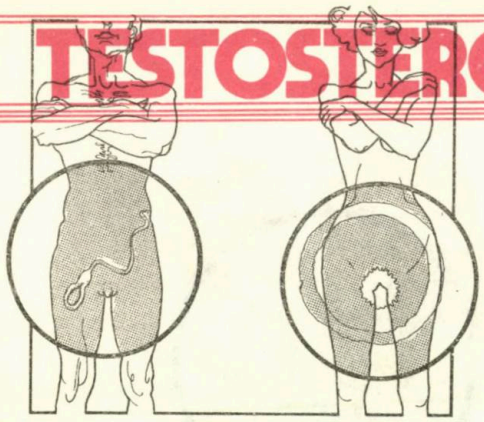
De aceea, ne raliem unor opinii care afirmau : „Etologia nu este o preocupare de mizantrop, ci poate fi o nouă putere în serviciul omului, ajutîndu-l să se cunoască şi să se conducă tot mai bine".

Investigaţiile etologiei moderne, asociate cu cele ale altor ştiinţe, au elucidat o serie de aspecte ale comportamentului uman şi animal, aruncînd o privire inedită asupra unora dintre cele mai frecvente, mai obişnuite componente ale vieţii cotidiene a omului.

Dr. RENÉ DUDA
I.M.F. IAŞI

TESTOSTERONUL,

hormon cu funcţii multiple în organism



Madeleine Măicănescu-Georgescu
DOCTOR ÎN MEDICINĂ

Testosteronul, cel mai important hormon masculin

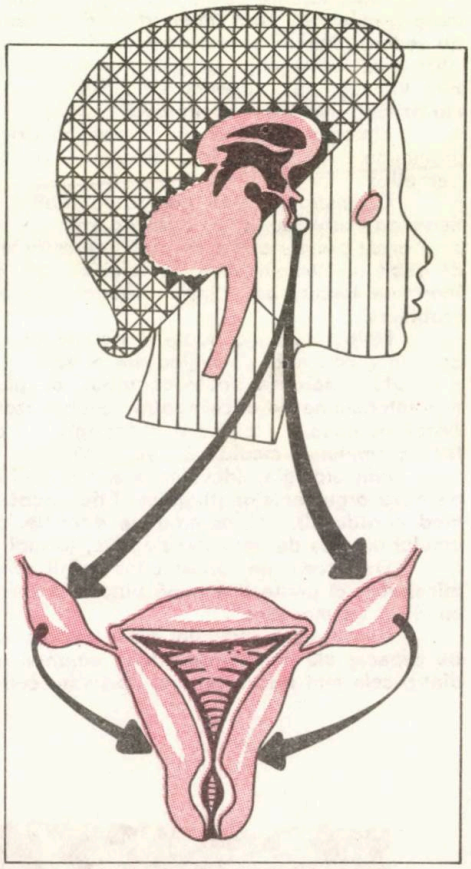
De-a lungul timpurilor oamenii au căutat explicaţia deosebirilor fizice şi psihice între fată şi băiat, între bărbat şi femeie. În mod deosebit îi intriga pierderea trăsăturilor virile la bărbaţii castraţi. Moliciunea fizică, apatia şi lipsa de combativitate, la care se adăuga atrofierea simţurilor erotice, constituiau trăsături obişnuite ale eunucilor. Misterul avea să fie dezlegat destul de tîrziu, odată cu perfecţionarea mijloacelor de investigare. La sfîrşitul secolului al XIX-lea, renumitul fiziolog francez Brown Séquard intuise existenţa secreţiei interne a glandelor sexuale masculine, aceasta avînd menirea de a asigura comportamentul şi trăsăturile proprii masculului. Lipseau însă dovezile ştiinţifice. Abia în deceniul al 4-lea al secolului nostru a fost posibilă extragerea şi identificarea principiului activ din testiculele animalelor, substanţă care a primit denumirea de *testosteron*. Din cauza tehnicilor inadecvate, extragerea hormonului era destul de anevoioasă. Erau necesare multe kilograme de testicule de taur pentru a obţine cîteva miligrame de hormon sexual natural. Îndată însă ce structura chimică a hormonului a fost descoperită, fapt care s-a petrecut la scurt timp după izolarea sa, s-a putut obţine, în laboratoare, un produs sintetic, avînd aceleaşi proprietăţi cu ale hormonului natural. A fost o realizare extraordinară a acelor vremuri, care a deschis orizonturi noi în medicină. În deceniile care au urmat, realizările în acest domeniu s-au succedat cu repeziciune, permiţînd producerea unei game largi de preparate hormonale sintetice, cu acţiuni diferite şi gradate, predominant androgene sau predominant anabolizante *(anabolizant* = substanţă medicamentoasă care favorizează procesele metabolice de refacere).

S-ar putea crede că testosteronul este unicul hormon sexual masculin. În realitate testiculul secretă mai mulţi hormoni androgeni, denumiţi astfel datorită proprietăţilor lor masculinizante.

Şi alte glande, suprarenalele şi ovarele, sînt de asemenea surse de hormoni androgeni şi chiar de testosteron, acesta fiind produs în cantităţi foarte mici, neînsemnate. Toţi steroizii sexuali cu efect androgen au activitate mult mai slabă decît a testosteronului, acesta rămînînd, aşadar, cel mai puternic hormon androgen natural.

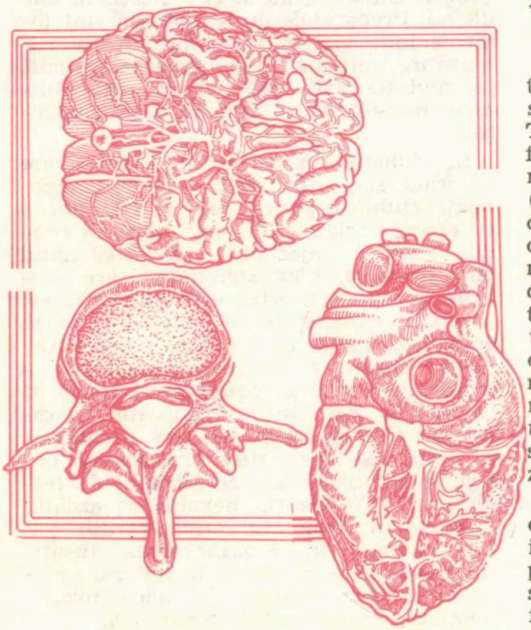
Hormonul sexual este activ în tot decursul vieţii

Noţiunea de testosteron este în prezent strîns legată de sexualizare şi de comportamentul sexual masculin. Este de reţinut



faptul că, spre deosebire de femeie, la care producția de foliculină încetează la menopauză, la bărbat secreția de hormon sexual este nelimitată în timp, ea începînd de timpuriu, din timpul vieții intrauterine, și dăinuind pînă la vîrste înaintate. Există desigur variații în raport cu vîrsta. Scăderea conținutului în sînge a hormonului masculin pe măsura înaintării în vîrstă se face lent, ea devenind semnificativă în jurul vîrstei de 70 de ani. La bătrînii încă activi sexual s-au descris valori ale testosteronului apropiate de cele ale bărbatului adult.

Surprinzătoare — dar nu și inexplicabilă — este și constatarea unei activități intense a testicului fătului, care din primele luni de viață secretă cantități impresionante de testosteron, ajungînd la valori asemănătoare vîrstei adulte. S-a demonstrat că pentru această perioadă de viață hormonii sexuali sînt decisivi pentru structurarea masculină a fătului. În lipsa testosteronului formarea organelor reproducerii (penis, epididim, prostată etc.) este imposibilă. Este influențată, de asemenea, și comportarea de mai tîrziu a adultului, deoarece testosteronul impregnează precoce și specific anumite zone din creier (în special hipotalamusul), imprimînd individului particularitățile comportamentale ale sexului. După naștere producția de hormoni sexuali diminuează brusc, nemaifiind necesară. Reapare însă la pubertate, avînd un rol extrem de important, acela de transformare a băiatului în bărbat. Modificările fizice și psihice sînt impresionante. Creșterea părului pubian este urmată de creșterea penisului și testiculelor, de pigmentarea și faldurarea scrotului, de creșterea volumului prostatei. Organele genitale infantile se maturizează, lăsînd să se contureze semnele fertilității prin apariția primilor spermatozoizi maturi. Creșterea în înălțime este rapidă, musculatura se reliefează, vigoarea fizică crește, se extinde părul pe corp și pe față. Timbrul vocii se schimbă. Apare erotismul și se conturează comportamentul sexual.



Testosteronul este format în celule specializate ale testicului, numite *celule Leydig*. Acestea au o intensă activitate secretorie, care se desfășoară atît ziua, cît și noaptea, avînd însă unele variații fiziologice. Producția hormonală scade în cursul după-amiezii, atingînd valori minime la ora 12 noaptea. Valorile cele mai mari au fost semnalate în cursul dimineții. Există și variații nefiziologice, determinate de situații neprevăzute. Astfel, stresul psihic prelungit sau cel fizic epuizant scad producția hormonală, ceea ce explică declinul sexual al bărbatului supus stresului. Efecte similare au fost menționate după administrarea în doze mari a unor medicamente și substanțe ca: opiacee, neuroleptice, cimetidină *(Tagamet)*, steroizi anabolici, hormoni estrogeni, cortizol, cît și în bolile cronice și în alcoolismul cronic și acut. În schimb excitația erotică vizuală sau imaginativă, ca și exercițiul fizic moderat, au ca urmare stimularea producției hormonale.

Testosteronul influențează o mare varietate de funcții biologice

Cu ajutorul tehnicilor moderne s-a putut calcula că producția zilnică de testosteron la bărbatul adult este de 6—10 mg. Testosteronul este vărsat în sînge, fiind foarte activ în cantități extrem de mici, de ordinul miimilor de micrograme (nanograme/ml). El este vehiculat către diferite organe și țesuturi, care îl preiau cu ajutorul unor substanțe proteice numite *receptori* și îl utilizează în mod specific. Se poate afirma, fără a exagera, că testosteronul influențează o mare varietate de funcții biologice și aproape că nu există organ sau țesut asupra căruia să nu-și exercite efectul. Cea mai mare afinitate pentru hormon o au *organele genitale* (penis, testicule, prostată etc.), care sub acțiunea sa se dezvoltă și se maturizează.

Un alt organ sensibil la hormonul masculin este *pielea și anexele sale*. Acesta influențează calitatea pielii, stimulează producerea de grăsime de către glandele sebacee, favorizează apariția coșurilor pe față și dezvoltă foliculii piloși, avînd drept

urmare creşterea părului pe corp şi pe faţă (barbă, mustăţi).

Deosebit de importantă este acţiunea hormonului sexual asupra *musculaturii*. S-a dovedit că în afara efectului său masculinizant, testosteronul are şi acţiune anabolică. El reţine azotul în organism şi creşte sinteza de proteine. Aşa se explică acţiunea sa binefăcătoare asupra musculaturii, care se manifestă prin creşterea volumului muşchilor şi a greutăţii masei musculare.

Scheletul este şi el supus acţiunii hormonului masculin, care promovează formarea învelişului osos şi a structurilor osoase, creşte rezistenţa osului, ajutînd în acest fel la vindecarea fracturilor. Grăbeşte maturizarea osoasă, accelerînd temporar creşterea pubertară, dar grăbeşte închiderea cartilajelor osoase, limitînd astfel creşterea în înălţime. În lipsa hormonului masculin (hipogonadism) creşterea se face disproporţionat, extremităţile fiind mult alungite.

Multă vreme nu a fost cunoscută acţiunea testosteronului asupra *muşchiului cardiac*. Cercetări recente au descris prezenţa testosteronului în muşchiul inimii. S-a sugerat că acesta ar putea fi un activator posibil al inimii şi că scăderea, odată cu vîrsta, a conţinutului în hormoni androgeni a cordului nu ar fi străină de disfuncţia cardiacă a vîrstnicilor. Studii în această direcţie au indicat că testosteronul creşte conductibilitatea inimii, mărind conţinutul muşchiului cardiac în glucide şi minerale.

Cercetările privind relaţiile între hormonul sexual şi *plămîn* sînt de dată relativ recentă şi încă neconcludente. Se pare că plămînul este un loc important de metabolizare a steroizilor sexuali şi că volumul plămînilor este influenţat de hormonul sexual. Dealtfel unii cercetători au relatat incidenţa crescută a astmului la copii şi la bătrîni, la care conţinutul de testosteron este scăzut. Testosteronul ar scădea sensibilitatea plămînului la histamină, substanţă eliberată în astm.

Acţiunea testosteronului pe aparatul *cardiovascular* este supusă discuţiilor. După unii cercetători dozele mari de testosteron ar creşte riscul accidentelor cardiovasculare şi ar grăbi apariţia bolii ateromatoase. Pe de altă parte, s-a observat că la femeie predomină valorile crescute ale HDL colesterolului, fapt care ar reduce mult riscul afecţiunilor cardiovasculare.

Testosteronul acţionează şi asupra *măduvei osoase*, stimulînd sinteza eritropoiezei. Se ştie de multă vreme că la bărbat concentraţia globulelor roşii şi a hemoglobinei sînt semnificativ crescute faţă de femeie. Sînt, de asemenea, cunoscute paloarea tegumentelor în insuficienţele hormonale (hipogonadism) şi anemia acestora, ca şi corectarea deficienţelor sanguine după administrarea de testosteron.

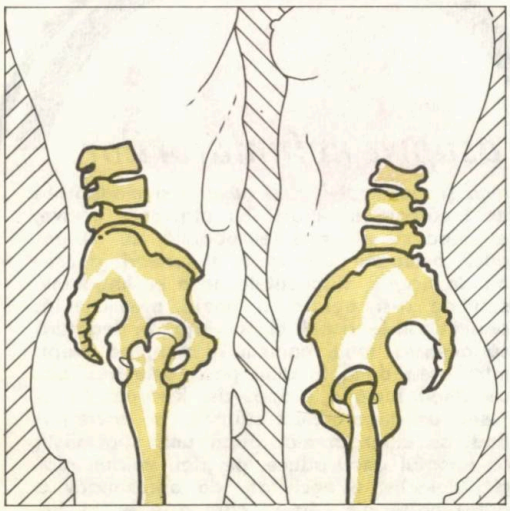
Acţiunea anabolică a testosteronului se exercită şi asupra unui organ de mare importanţă în organism — *rinichiul* — pe care îl protejează de efectul degenerativ al unor substanţe toxice. Avînd efect trofic pe rinichi, testosteronul este recomandat în insuficienţele renale cronice, îndeosebi în nefroze, afecţiune în care se pierd rezerve importante de proteine.

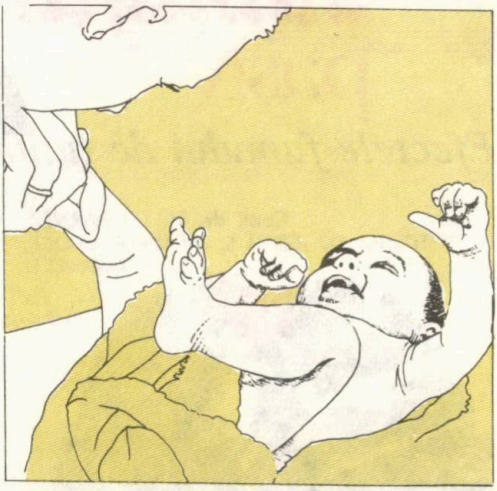
Deosebit de importantă pentru formarea personalităţii individului este impregnarea hormonală a anumitor *zone din creier*. Alături de alţi factori — genetici, socioculturali etc. — hormonii androgeni stabilesc comportamentul sexual al individului. Ei cresc combativitatea, influenţează comportamentul erotic şi psihicul, cresc capacitatea creatoare şi influenţează puternic viaţa afectivă a individului. În lipsa hormonilor sexuali reacţiile sexuale scad pînă la dispariţie.

Testosteronul şi derivaţii săi. Avantaje şi riscuri

Întrucît s-a dorit, uneori, ca preparatele sintetice să aibă un efect mai mult anabolic şi mai puţin masculinizant, oamenii de ştiinţă au reuşit să prepare derivaţi ai testosteronului (nortestosteron : Decadurabolin, Decanofort ş.a.) cu acţiune predominantă pe proteine, fapt pentru care au fost numiţi *steroizi anabolici*. Atît steroizii anabolici, cît şi hormonii androgeni sintetici, au largi aplicaţii în medicină. Preparatele de testosteron sînt indicate îndeosebi în hipogonadism, infertilitate masculină şi în insuficienţa sexuală, pe cînd steroizii anabolici au largă utilizare într-un mare număr de alte afecţiuni.

În funcţie de calea de administrare — orală sau injectabilă — şi de componenţa chimică, preparatele de testosteron au efecte variabile. Cel mai obişnuit produs sintetic injectabil este propionatul de testosteron *(Testosteronul)*, care are acţiune rapidă. Creşte puternic erotizarea, dezvoltă caracterele sexuale, stimulează potenţa sexuală, iar în doze mari şi repetate blochează acţiunea stimulatorie a hipofizei, scăzînd potenţialul fertil al bărbatului. Au fost concepuţi diverşi esteri de testosteron cu acţiune prelungită în timp (15—30 de zile). Din această categorie fac parte fenilpropionatul de testosteron *(Testolent)*, hexahidrobenzoatul *(Sterandril)*, enantatul *(Androtardil)* ş.a., cu indicaţii în hipogonadism, insuficienţele sexuale de vîrstă, în tulburări circulatorii, psihoze senile, în unele insuficienţe coronariene, osteoporoză ş.a.

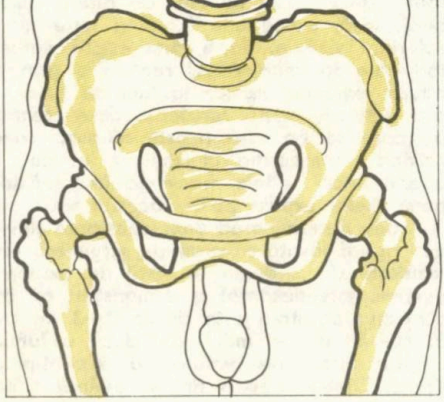


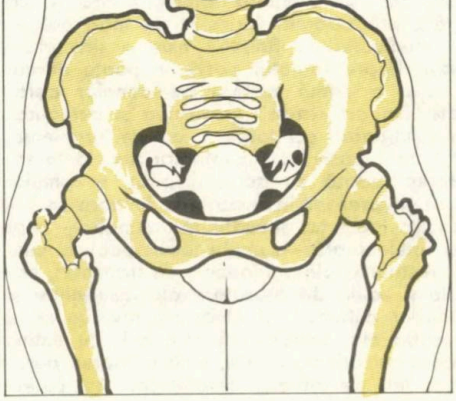


Dintre preparatele orale, metiltestosteronul are puternică activitate de erotizare. Are însă dezavantajul că în tratament prelungit poate deveni toxic pentru ficat, producînd alterări hepatice. Din acest motiv au fost date pe piață preparate orale lipsite de toxicitate și care, în cantități mari, nu frînează activitatea glandei hipofize : mesterolonul *(Proviron)* și undecanoatul de testosteron *(Undestor)*. Ele au largă utilizare în tratamentul infertilității masculine, în patologia sexuală de vîrstă, cît și în combaterea tulburărilor neurovegetative asociate.

Steroizii anabolici sînt aplicați cu deosebire în debilități fizice, în stări de convalescență, cancer, în fracturi osoase și osteoporoză (asociați cu hormoni estrogeni), în anemii, în tulburări de creștere și dezvoltare la copii, în distrofii musculare ș.a.

Avantajele terapiei cu testosteron și a derivaților săi sînt mult mai importante decît riscurile, care dealtfel sînt rare. Pentru a fi evitate, ele trebuie însă să fie cunoscute. Astfel, dozele mari de steroizi anabolici sau de testosteron, administrate la copii, pot determina sexualizare precoce și statură finală mică, ca urmare a grăbirii maturizării osoase. La adult testosteronul în doze mari este bine tolerat, dar uneori poate produce priapism (stare de erecție prelungită anormal, dureroasă și neurmată de ejaculare) trecător sau poate scădea capacitatea fecundantă, prin blocarea funcției hipofizare. Testosteronul este contraindicat în edemele cirotice și în insuficiențele cardiace decompensate, deoarece reține apa și sărurile. La vîrstnici testosteronul se va administra numai după prealabila examinare a prostatei. Este cunoscută afinitatea glandei pentru testosteron, care are efect proliferativ asupra țesutului prostatic. Hormonul sexual poate deci agrava evoluția unui cancer de prostată aflat în stare latentă. În adenomul de prostată hormonul masculin poate stimula hipertrofierea glandei sexuale.

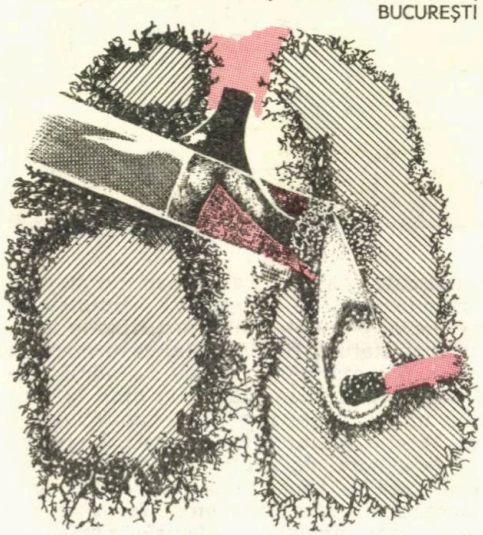




Fumatul pasiv

Efectele fumului de tutun asupra nefumătorilor

Conf. dr. MATEI BARNEA
INSTITUTUL DE IGIENĂ ŞI SĂNĂTATE PUBLICĂ, BUCUREŞTI



Fumatul se bucură astăzi, din nefericire, de o extindere extraordinară, în continuă creştere, fiind practicat direct de aproximativ o jumătate dintre adulţi, în timp ce o bună parte din cealaltă jumătate, inclusiv copiii, sînt expuşi indirect fumului de tutun provenit de la fumătorii cu care aceştia conviețuiesc.

Ignoranţa privind nocivitatea componenţilor fumului ţigării, care a stat pînă de curînd la baza explicaţiei acestei extinderi, începe să cedeze locul unei sfidări neexplicabile a riscului pentru sănătate, atît cel propriu, cît mai ales cel privind persoanele apropiate, inclusiv membrii familiei ; căci, dacă se acceptă adagiul formulat de mari autorităţi medicale, că fumatul este o **sinucidere lentă**, despre fumatul pasiv se poate afirma că este o **crimă asupra persoanelor apropiate.** De aci rezultă gravitatea şi actualitatea soluţionării echitabile a acestei probleme.

Fumatul pasiv sau involuntar constă în inhalarea, odată cu aerul inspirat, a fumului de tutun prezent în încăperile în care se fumează : locuinţe, locurile de muncă — mai ales intelectuală —, unele locuri publice, cum sînt restaurantele, mijloacele de transport, holurile şi sălile de aşteptare ale instituţiilor şi clădirilor culturale şi chiar de învăţămînt şi educaţie etc. Fenomenul este atît de extins şi adeseori atît de intens, încît poluarea aerului cu fum de tutun a devenit cea mai puternică şi mai nocivă circumstanţă şi modalitate de încărcare a aerului cu substanţe nocive, ea fiind cu atît mai reprobabilă, cu cît implică persoane nevinovate şi, uneori, deosebit de fragile, susceptibile de a se îmbolnăvi sau de a-şi agrava o boală preexistentă, periclitîndu-le astfel chiar viaţa. În legătură cu aceasta, mulţi oameni îşi pun, pe drept, întrebarea dacă fumatul pasiv este mai nociv decît fumatul propriu-zis. Răspunsul necesită un discernămînt ştiinţific, pe scurt putîndu-se chiar afirma, după unii specialişti, că fumatul pasiv aduce, pe plan epidemiologic, colectiv, o nocivitate de aproximativ a patra parte din cea la care este expus fumătorul propriu-zis. Dacă această explicaţie motivează necesitatea abţinerii de a trece de la situaţia mai uşoară a fumătorului pasiv la cea de fumător propriu-zis, ea obligă totuşi mai mult decît atît, şi anume excluderea influenţei nocive a fumului de tutun, ce poluează atmosfera spaţiilor închise. În această circumstanţă este agravată şi situaţia fumătorului, care inhalează, pe lîngă substanţele provenite direct din ţigară („curentul principal"), şi pe cele rezultate din ţigara aflată pe scrumieră sau păstrată în mînă („curentul secundar") şi răspîndite în aerul încăperii, în pauza dintre aspiraţii, şi cele exhalate din plămîni. Tot atît de adevărat este însă şi faptul că, dacă unele substanţe nocive rezultate din ţigară, ca particulele de fum, gudronul şi nicotina, se găsesc în proporţii mult mai mari în fumul inhalat direct de fumător, altele se acumulează şi chiar continuă să ia naştere în încăperi, după ce s-au eliminat din ţigară, prin reacţiile chimice dintre compuşii fumului împreună cu oxigenul din aer. În final, pe baze statistice, trebuie acceptată concluzia că fumătorii se îmbolnăvesc mai grav, mai rapid şi în proporţii mai mari decît nefumătorii expuşi pasiv fumului de tutun ; individual, însă, există unii fumători care nu au suferinţe vizibile, după cum există nefumători care se îmbolnăvesc repede şi grav din cauza expunerii pasive la fum de tutun. La ora actuală, există suficiente date ştiinţifice pe care se bazează aceste afirmaţii, unele privind compoziţia chimică a fumului în agenţi nocivi, altele, frecvenţa îmbolnăvirilor persoanelor expuse pasiv acestui risc.

Astfel, determinarea unor substanţe din fumul ţigării lăsată să ardă pe scrumieră (cele rezultate din arderea în lipsă de oxigen în această circumstanţă) a demonstrat că concentraţia acestora este de la 2—3 ori pînă la 40—50 de ori mai mare decît a fumului inhalat direct de fumător la aspiraţia din ţigară. Dintre acestea sînt de amintit diferite

substanțe iritante (aerosoli fini, oxizi de azot, acizi, inclusiv acidul cianhidric, fenolii, amoniacul și compuși ai carbonului, ca aldehidele), oxidul de carbon și diferite substanțe cancerigene. Deosebit de nocive sînt oxidul de carbon, toxic nesesizat de simțuri, care continuă să se acumuleze în aer, fără a fi neutralizat de nimic, și nitrosaminele, substanțe cancerigene, care-și sporesc concentrația, ca urmare a producerii lor din reacțiile chimice de oxidare care au loc în aerul încăperii. Pe de altă parte însă, datorită răspîndirii poluanților într-un volum mai mare de aer, mulți dintre ei se și diluează, reducîndu-și considerabil concentrația, unii nemaiprezentînd, practic, nici o importanță ca risc al sănătății oamenilor din încăpere. De aceea, din 3 600 de substanțe puse în evidență în ultima vreme în fumul de tutun, numai o mică parte îi poate afecta pe nefumători, suficientă însă pentru a ridica grave probleme epidemiologice.

Aceste efecte nocive au fost evidențiate printr-o altă categorie de studii, cele bazate pe determinările unor poluanți din atmosfera încăperilor în care se fumează : camere de locuit, restaurante, automobile, avioane etc., rezultînd concentrații evident nocive pentru colocatarii fumătorilor. Astfel, oxidul de carbon a crescut uneori pînă la aproape 100 mg/m^3, adică de 10–15 ori mai mult decît pragul nociv. În mod similar, au fost găsite concentrații mari de particule — pînă la 2—3 mg/m^3, în comparație cu numai 0,15 mg/m^3, cît este pragul nociv —, alte substanțe iritante și mai ales substanțe cancerigene, îndeosebi nitrosaminele. Însăși nicotina, substanța caracteristică din tutun, ca și gudronul, complexul care înglobează numeroase substanțe cancerigene, deși se prezintă în stare solidă sau semisolidă și, prin urmare, își reduce concentrația prin depunere, au fost evidențiate și în atmosfera încăperilor în care se fumează.

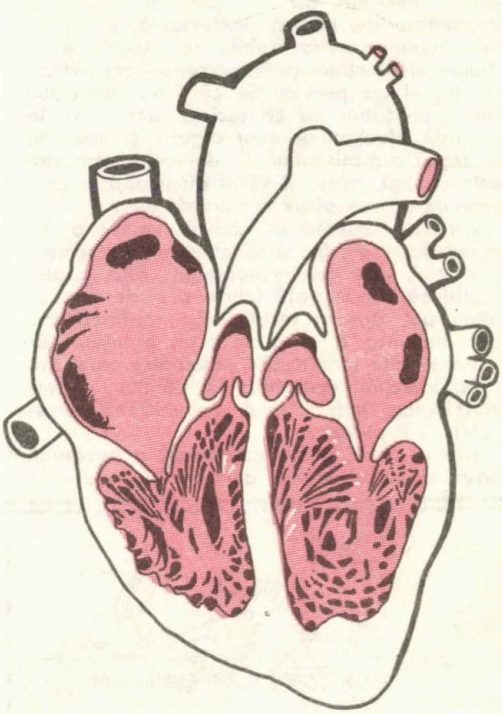
Dovezi și mai convingătoare despre expunerea nefumătorilor la riscul poluării atmosferei încăperilor cu fum de tutun au fost precizate prin prezența unor substanțe nocive în organismul acestora. Astfel, **nicotina** sau substanța rezultată în organism din ea, **cotinina,** a fost găsită atît în sîngele, cît și în urina nefumătorilor, ca și complexul format de oxidul de carbon în sînge — **carboxihemoglobina.**

Efectele patologice, constatate pe cazuri clinice, pe bolnavi și, îndeosebi, stabilite pe masa populației prin studii statistico-epidemiologice, constituie adevăratele capete de acuzare ale fumatului pasiv.

Dealtfel, numai simpla reacție de intoleranță a nefumătorului care suferă impactul fumului de tutun, într-o cameră în care se fumează, reprezintă o măsură a acestui risc ; iritațiile mucoaselor oculare și respiratorii confirmă nivelul ridicat al poluanților, la unii acestea însoțindu-se și de fenomene neurologice (amețeli, paloare, cefalee) și digestive (greață, vărsături). Expunerea repetată și de durată s-a dovedit cauza creșterii frecvenței bolilor respiratorii acute, îndeosebi la copii, așa cum au dovedit în mai multe studii autorii englezi, obligînd la întreruperea activității școlare sau profesionale. Frecvența copiilor bolnavi de boli respiratorii s-a dovedit de aproape două ori mai mare în familiile în care fuma un singur părinte și creștea de circa trei ori cînd fumau ambii părinți. Și starea de sănătate a altor sisteme și aparate s-a alterat uneori : digestiv, nervos etc. La copiii proveniți din familii de fumători, amigdalectomiile au fost semnificativ mai numeroase, indicînd infecții O.R.L. repetate.

Fumatul pasiv a fost raportat ca fiind unul din factorii de risc ai agravării bolilor respiratorii cronice (bronșita, emfizemul și astmul bronșic), iar ajungerea acestor boli în stadiul de insuficiență respiratorie obligă la contraindicarea absolută a riscului de expunere la fumat pasiv, aceste fapte fiind unanim recunoscute, nu numai de pneumologi, ci și de orice medic.

Aparatul cardiovascular este afectat de fumul de tutun în expunerea pasivă sub forma unor tulburări de ritm, frecvență, senzație de lipsă de aer (dispnee) și alte manifestări patologice, care pot apărea și în lipsa unor afecțiuni circulatorii anterioare, în timp ce la bolnavii cardiovasculari se pot declanșa episoade de agravare, care impun intervenția specialistului, uneori chiar internarea. Substanțele incriminate sînt, pe de o parte, cele



cu tropism cardiovascular, ca **nicotina** și **oxidul de carbon,** iar pe de altă parte, perturbarea poate fi declanșată pe cale respiratorie, în urma solicitării acestui aparat prin iritanții din fum. Prin mecanisme complexe, în care sistemul nervos exercită un rol de seamă, fumatul pasiv poate exercita și acțiuni nocive mai grave, pînă la moarte subită, nu numai la adulți, ci și la copii, cazurile mai frecvente corelîndu-se cu fumatul mamei.

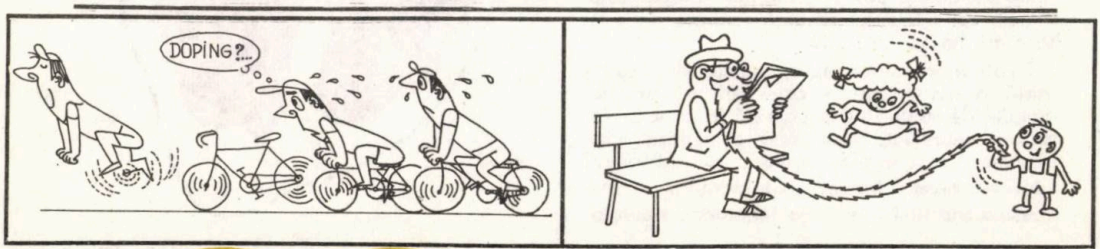
Fumatul pasiv exercită un efect nociv însemnat asupra sistemului nervos, fapt demonstrat atît experimental, cît și clinic și epidemiologic, alterînd desfășurarea normală a funcțiilor cerebrale : atenție, concentrare, asociație, memorie, promptitudine de reacție și capacitate de muncă intelectuală, în general. Acțiunea nefavorabilă se extinde și în domeniul funcțiilor psihologice, aspect indicat de faptul că persoanele care nu apreciază fumul de tutun au consecințe mai grave în apariția afecțiunilor unor organe și aparate, în restul organismului. Și domeniul senzorial este afectat, auzul și văzul diminuînd la persoanele expuse pasiv fumului de tutun.

Un alt domeniu al acțiunii nocive a fumului de tutun, începînd chiar cu concentrațiile mici, este cel imunoalergic. Este notoriu faptul că concentrații foarte mici de fum de tutun pot agrava insuficiența cardiacă sau pot declanșa o criză de astm bronșic. Numeroase alte manifestări patologice, cum sînt chiar infecțiile respiratorii și afecțiunile dermatologice, indică rolul mecanismelor imunologice și alergice.

Dar cea mai gravă consecință a fumatului pasiv, în ultima vreme, pentru care s-au adus constatări științifice convingătoare, este **cancerul bronhopulmonar.** Factorii favorizanți sînt de natură imunologică și enzimatică, ceea ce determină apariția sa mai frecventă la unele persoane expuse : femei casnice nefumătoare căsătorite cu fumători, persoane nefumătoare care muncesc în încăperi cu fumătorii, distribuitori în baruri, unde se acumulează fumul de tutun, existînd totodată și condiția de acțiune a alcoolului etc. Există și cazuri în care boala a apărut însă și la copii sub 15 ani, din familii de fumători.

Studiile statistice efectuate în Japonia, S.U.A. și la noi în țară au adus în ultima vreme o serie de precizări, și anume că fumatul pasiv se asociază într-un mare procent (80—90% în studiile noastre) cu cazurile de cancer bronhopulmonar, deci cu mult mai frecvent decît expunerea profesională, fapt explicat prin extinderea fumatului pasiv.

Relatările de mai sus privind nocivitatea deosebită a fumatului pasiv constituie argumente suficiente, unele mai convingătoare decît altele, de a se combate și a se exclude expunerea la acest risc a persoanelor nefumătoare, obligație care revine în primul rînd fumătorilor, ca făptași ai actului care are efect nociv, iar în cazul în care această cerință nu se realizează, prin evitarea de către nefumători. La nivel familial și colectiv, în toate locurile unde apare acest risc, el trebuie combătut, pe cît posibil exclus. Cerința are baze medicale, juridice, morale, pe care datele științifice le susțin fără nici o putință de contrazicere, orice încălcare, tolerare sau interpretare greșită a lor putînd avea consecințe grave asupra sănătății unor oameni nevinovați.



Fără cuvinte

desene de:
Nic Nicolaescu

PROFILAXIA BOLILOR DE NAS, GÎT ŞI URECHI

Conf. dr. doc. CORNELIA PĂUNESCU

Ţinînd seama de rolul lor deosebit de important pentru buna funcţionare a organismului (respiraţia şi nutriţia), pentru procesul de instruire şi de exercitare a diferitelor profesii (auzul), ca şi pentru normala desfăşurare a vieţii sociale (vorbirea), nasul, gîtul şi urechile trebuie să constituie obiectul unei atenţii speciale nu numai din partea otorinolaringologului — care are în sarcina sa îngrijirea acestor organe —, dar şi a întregii colectivităţi şi a fiecărui individ în parte.

Nasul, constituind primul segment al căilor respiratorii, asigură purificarea, umezirea şi încălzirea aerului inspirat şi-i reglează debitul. De aceea, orice piedică (vegetaţiile adenoide, deviaţiile de sept, polipii, rinitele alergice sau hipertrofice etc.) în trecerea aerului prin cavităţile nazale este urmată de un aport scăzut de oxigen şi împiedică dezvoltarea copilului şi buna funcţionare — la orice vîrstă — a creierului, a inimii şi a celorlalte organe şi ţesuturi. Înlocuirea respiraţiei nazale cu cea bucală duce la iritarea permanentă a întregii mucoase respiratorii şi favorizează apariţia rinosinuzitelor, faringoamigdalitelor, laringotraheobronşitelor.

Gîtul cuprinde *faringele* — „răscruce aerodigestivă" —, la nivelul căruia se produce actul deglutiţiei (înghiţitul), şi *laringele,* organ al respiraţiei şi al fonaţiei (vorbirea). Îmbolnăvirea acestor organe este urmată de importante dificultăţi în nutriţie şi în activitatea şcolară, profesională, mai ales la profesioniştii vocii (cîntăreţi, actori, cadre didactice, avocaţi etc.), şi socială, prin împiedicarea relaţiilor normale cu semenii.

În ceea ce priveşte *urechile,* credem că nimeni nu se mai îndoieşte de dificultăţile întîmpinate de cel care nu aude şi nu poate înţelege graiul celor din jur. Este bine cunoscut faptul că un copil născut surd sau devenit surd în primii ani de viaţă nu poate învăţa să vorbească şi ajunge surdomut. Chiar mai tîrziu apărută, surditatea sau numai hipoacuzia (scăderea auzului) va împiedica sporirea bagajului de cuvinte şi de cunoştinţe (generale, şcolare şi profesionale) şi va imprima o tonalitate specială — monotonă — în vorbirea deficientului auditiv.

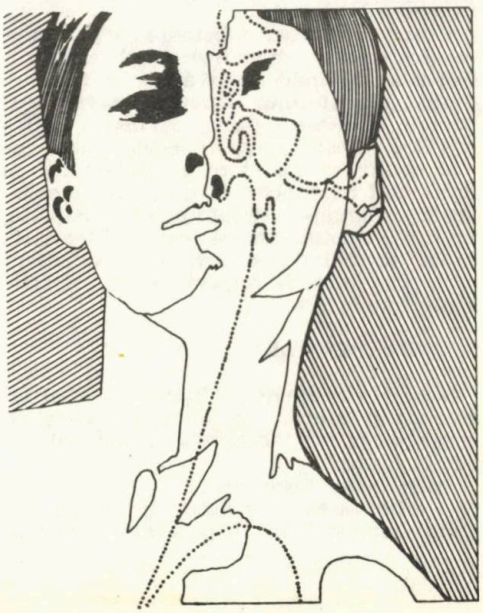
Alături de *tulburările funcţionale* în respiraţie, deglutiţie, vorbire şi auz, de care am amintit, bolile de nas, gît şi urechi pot avea consecinţe serioase prin *complicaţiile septice în vecinătate* (abcese orbitare, tromboflebite cu stări septicemice, meningoencefalite etc.) şi la distanţă (reumatism poliarticular acut şi cronic, endocardită, nefrită etc.), a căror apariţie o pot favoriza.

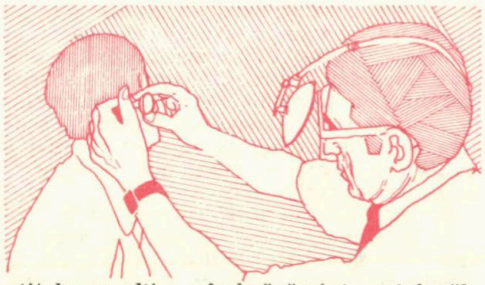
Ştiut fiind că este mai bine şi mai uşor să previi decît să tratezi, pentru combaterea bolilor de nas, gît şi urechi şi a consecinţelor lor, atît de neplăcute sau de-a dreptul grave, cea mai bună metodă rămîne profilaxia, printr-o serie de măsuri generale şi locale.

MĂSURI GENERALE

Măsurile generale de profilaxie a bolilor de nas, gît şi urechi se adresează mediului, modului de viaţă şi metodelor de creştere a rezistenţei organismului împotriva diverselor îmbolnăviri.

Mediul în care trăim trebuie să fie cît mai sănătos, cu atmosferă cît mai pură (fără fum, pulberi, gaze, iradiaţii etc.), cu camere aerisite, la temperatura optimă (de 16—18 grade pentru adulţi şi copiii mai mari, de 20—22 grade pentru sugari, copiii mici şi bătrîni). Pentru evitarea răcelii — cauză frecventă a rinosinuzitelor, faringoamigdalitelor, laringotraheitelor şi





otitelor medii — îmbrăcămintea şi încălţămintea trebuie să fie adecvate temperaturii mediului, cu atenţie deosebită asupra protejării de frig şi de umezeală a extremităţilor (cap, mîini, picioare). Pentru prevenirea infecţiilor căilor respiratorii superioare, se vor evita — mai ales în perioadele epidemice — aglomeraţiile şi contactul cu persoanele care tuşesc şi strănută (care trebuie să rămînă în casă şi să-i protejeze de contaminare pe cei din jur, prin acoperirea nasului şi a gurii cu batista sau purtarea unei măşti de tifon).

În ceea ce priveşte *modul de viaţă*, şi el trebuie să fie cît mai sănătos. *Alimentaţia* va fi corespunzătoare vîrstei (alăptare la sîn pentru sugar) şi felului de activitate (mai bogată în perioada de dezvoltare şi la cei cu muncă fizică grea) ; ea va fi variată şi va cuprinde toate principiile nutritive, fără să se abuzeze de dulciuri, făinoase, grăsimi şi sare, respectîndu-se un orar regulat al meselor. Vor fi folosiţi, de asemenea, factorii naturali : aerul, apa, soarele, crenoterapia (cura de ape minerale), apiterapia (produsele stupului : miere, polen, propolis etc.), fitoterapia (ceaiuri de plante) şi cultura fizică, sub formă de gimnastică, mers pe jos, plimbări, alergări, drumeţie, jocuri sportive, toate la indicaţia şi sub supravegherea medicului.

Pentru creşterea rezistenţei organismului (împotriva bolilor transmisibile) se vor respecta vaccinările prevăzute de Instrucţiunile Ministerului Sănătăţii privind tuberculoza, difteria, tusea convulsivă, poliomielita, rujeola, gripa şi se vor folosi gamaglobulinele, iar în cazul contactului cu unele boli bacteriene, ca de exemplu scarlatina, anginele streptococice, erizipelul, infecţiile meningococice sau stafilococice, se va face chimioprofilaxia cu antibioticul indicat în infecţia respectivă (numai consultînd medicul).

MĂSURI LOCALE

Măsurile locale de profilaxie a bolilor de nas, gît şi urechi constau într-o serie de reguli de igienă, adresîndu-se fiecărui organ în parte.

Igiena nazală prevede :

— eliminarea regulată a secreţiilor (prin aspiraţia lor cu para de cauciuc la sugar şi copilul mic şi prin suflatul corect — pe rînd, cîte o nară — al nasului, la copilul mai mare şi la adult) ;

— evitarea tragerii sau căderii secreţiilor nazale în faringe ;

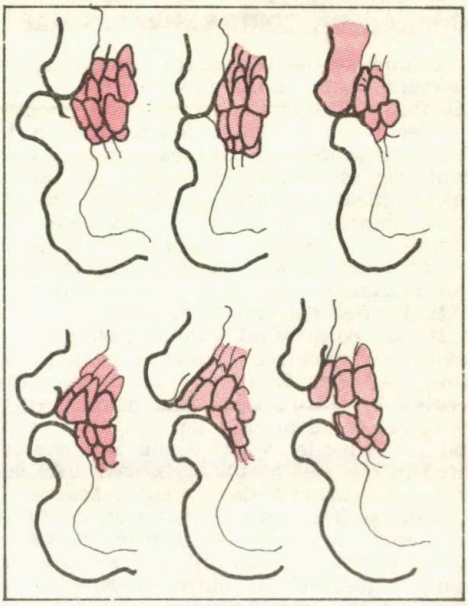
— interzicerea aspirării apei pe nas, pentru a preveni pătrunderea ei, împreună cu secreţiile, în sinusuri şi în trompele lui Eustachio (mici conducte care leagă fundul nasului şi faringelui cu urechea medie) ;

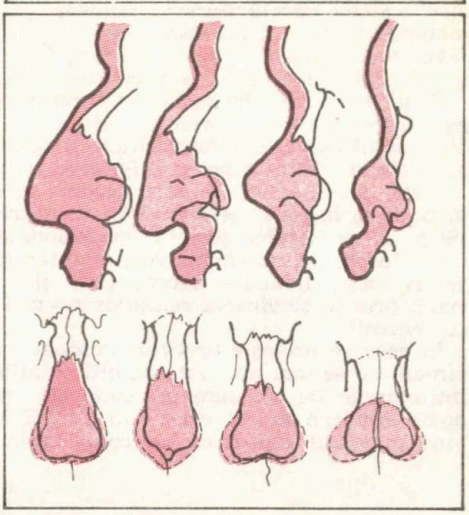
— îndepărtarea urgentă a oricărui obstacol în respiraţia nazală, prin prezentarea la medicul otorinolaringolog ;

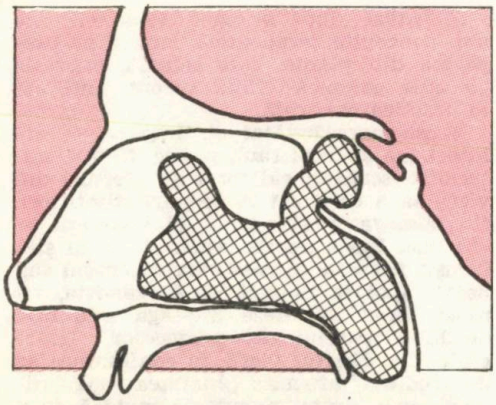
— evitarea traumatizării nasului prin loviri, scărpinat sau introducerea de corpi străini (mărgele, boabe etc.).

Igiena bucodentară se obţine prin :

— spălatul regulat şi corect al dinţilor, cu clătirea gurii după fiecare masă ;







— depistarea şi tratarea la timp a cariilor şi a infecţiilor bucodentare (fără să se aştepte, la copil, apariţia celei de a doua dentiţii) ;

— interzicerea introducerii şi ţinerii în gură a degetului sau a unor obiecte traumatizante şi contaminante ;

— spălarea obligatorie a mîinilor înainte de masă şi a oricărui fruct sau legumă crude înainte de a fi consumate ;

— evitarea suptului bomboanelor şi a gumei de mestecat (care favorizează dezvoltarea în buco-faringe a diverselor ciuperci) ;

— masticaţia îndelungă şi completă a alimentelor.

Igiena faringiană constă în :

— evitarea alimentelor iritante (prea acre, sărate sau piperate) şi prea fierbinţi sau prea reci ;

— atenţie la fiecare dumicat introdus în gură, care ar putea conţine corpi străini (oase, fragmente de sticlă sau de alte obiecte tăioase), care să lezeze faringele sau să se inclaveze în cutele mucoasei şi să se suprainfecteze ;

— interzicerea folosirii procedeelor terapeutice empirice, ca de exemplu gargarismele cu petrol lampant sau pensulaţiile cu diverse substanţe nerecomandate de medic.

Igiena laringiană cuprinde — pe lîngă respectarea regulilor de igienă nazală, bucodentară şi faringiană expuse mai sus — următoarele :

— evitarea vorbitului şi cîntatului într-o atmosferă prea rece, prea uscată sau poluată ;

— evitarea efortului vocal (vorbit prea mult sau prea tare) şi a folosirii unor note (tonuri) neadecvate vîrstei sau vocii naturale fiecăruia, în special la copii şi la profesioniştii vocali ;

— evitarea fumatului şi a inhalării fumului, prafului şi a gazelor iritante ;

— respectarea repausului vocal şi a tratamentului prescris de specialist în diferitele boli ale laringelui (laringite, noduli şi polipi ai corzilor vocale etc.).

Igiena urechilor se realizează prin :

— evitarea pătrunderii apei şi a săpunului în conductele auditive (în special la cei cu perforaţii ale timpanului, cu eczeme sau cu predispoziţie la dopuri de cerumen), prin plasarea în urechi — înainte de baie sau de spălatul pe cap — a unor tampoane de vată îmbibate în ulei şi bine stoarse ;

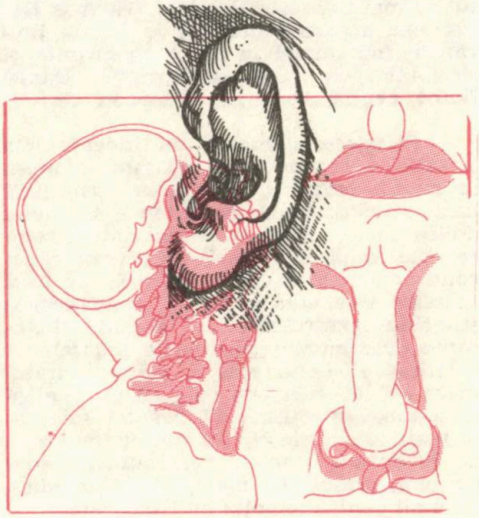
— interzicerea scărpinatului în urechi cu unghia sau cu diverse instrumente ocazionale (beţe de chibrit, andrele de croşetat, scobitori etc.) ;

— respectarea măsurilor de protecţie a muncii în profesiunile cu zgomote puternice sau permanente (cazangii, artificieri, ţesătoare, telefoniste etc.) şi în cele cu schimbări bruşte de presiune (chesonieri, scafandri etc.) ;

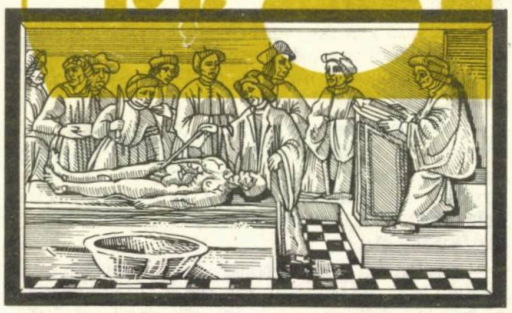
— evitarea traumatizării urechilor prin : loviri (cu palma sau cu diferite obiecte), căderi soldate cu fracturi ale conductului sau bazei craniului, expunere îndelungată la frig, pătrunderea în conductele auditive a lichidelor fierbinţi sau a unor corpi străini vii, ca : musculiţe, pureci, urechelniţe etc. (care vor fi imediat imobilizaţi prin turnarea în conduct a cîtorva picături de ulei), sau inerţi (boabe de porumb, fasole sau tampoane de vată introduse prea profund şi uitate etc.) ;

— depistarea şi tratarea neîntîrziată a afecţiunilor nazale şi nazofaringiene, cauză obişnuită a îmbolnăvirii urechii medii.

Respectînd recomandările şi indicaţiile cu privire la profilaxia organelor din sfera O.R.L., evităm îmbolnăvirea acestora, care de multe ori ne produc multe neajunsuri în ceea ce priveşte starea sănătăţii noastre, indiferent de vîrstă.



de toate pentru Toți



— *Barbitalul* — unul dintre primele somnifere introduse în medicină — a primit denumirea comercială *Veronal,* pe care i-au acordat-o Fischer și von Mehring, doi farmaciști care, în drumul lor spre Roma, unde trebuiau să prezinte acest medicament, s-au oprit o noapte la Verona. În cursul recepției date în onoarea lor în acest oraș, ei au denumit preparatul Veronal, în amintirea celor doi tineri îndrăgostiți — Romeo și Julieta — care au sfîrșit tragic în încercarea lor de a înșela părinții cu acest medicament.

— *Pulberea Dover* — care conține opiu (morfină) — a fost introdusă în terapeutică încă din anul 1732, de către medicul englez de largă cultură și, în același timp, celebrul călător, Thomas Dover. Cu toate că sînt 250 de ani de atunci, medicamentul se mai folosește și astăzi. Thomas Dover este o personalitate și în istoria literaturii (nu numai în cea a medicinii), el servindu-i ca model scriitorului Daniel Defoe pentru romanul Robinson Crusoe.

— *Folosirea plantelor* în îndepărtarea diferitelor suferințe își găsește originea în istoria omenirii. Utilizarea științifică însă are ca promotor pe Galen — cel de-al doilea mare medic al antichității greco-romane (după Hipocrate). El a trăit în secolul al doilea al erei noastre și, pe baza vastelor sale cunoștințe, a fundamentat științific (pentru vremea aceea) *fitoterapia* (tratamentul cu diferite plante). A verificat eficiența acestui tip de tratament atît în diferitele boli, cît și în plăgi și traumatisme. Datorită bogatei sale informații medicale a fost numit, la vîrsta de 28 de ani, medicul gladiatorilor din Pergam, orașul său natal, din Asia Mică, renumit pentru templul lui Hipocrate.

Și astăzi, după aproape două mii de ani, concepția terapeutică, bazată pe preparate din plante, este actuală, expresia „terapie galenică" fiind curent întîlnită în practica medicală.

Acest mare învățat al timpului — arhitect (ca și tatăl său), medic, filozof, naturalist, scriitor, călător (trei sferturi din viața sa a călătorit în scopuri științifice), fin observator al naturii și societății — era însă lipsit de modestie. După ce și-a însușit filozofia și medicina în orașul său natal, apoi la Smirna și Alexandria, a reușit să-și asimileze întreaga artă medicală a marelui său predecesor, Hipocrate. La sfîrșitul vieții, în confesiunea sa de credință, afirma : „Înaintea mea nimeni nu a arătat adevărata metodă de a trata bolile".

— *Atropina* — cu toate că era cunoscută de vechii hinduși, de greci și de romani — își datorează denumirea naturalistului Ch. Linné, care a botezat planta „Atropa belladona". Este vorba de îmbinarea a două cuvinte cu origine și semnificație diferită : *Atropa* — de la numele celei mai bătrîne dintre cele trei zeițe ale destinului, cea care tăia firul vieții, *Atropos,* și *belladona* — de la termenul latinesc *bella dona* — doamnă frumoasă. Într-adevăr, dacă în Evul Mediu și chiar în antichitate atropina se folosea pentru otrăvirea oamenilor, ea se utiliza și în scop de înfrumusețare a femeilor. Se picurau în sacul conjunctival al ochiului cîteva picături de fiertură de mătrăgună (numele popular al plantei *Atropa belladona),* care dilatau pupila pentru cîteva zile. La serate, baluri, chermeze, doamnele apăreau ca avînd ochii mari (pupilele dilatate), însă cu marele dezavantaj al tulburărilor de acomodare la lumină (la lumina puternică se produceau arsuri corneene, iar la cea slabă nu se mai puteau distinge lucrurile) și la distanță (nu se mai putea aprecia distanța, înălțimea în timpul mersului, care devenea dificil și chiar periculos).

Din cauza acestui tribut plătit pentru înfrumusețarea sexului frumos, s-a renunțat la atropină (și, respectiv, la dilatarea pupilei) în favoarea machiajului modern, care mărește întreg ochiul (nu numai pupila), cu riscuri mult mai mici.

— *Ceaiul* — rusesc sau chinezesc — are acțiune asemănătoare cafelei, deoarece conține același principiu activ — *cafeina.* El este cunoscut și folosit cu mult înaintea cafelei. Într-una din scrierile indiene se atribuie descoperirea ceaiului fiului unui rege indian denumit Bodhidharma, apostol al budismului. Cu ocazia unei călătorii făcută în secolul al șaselea, înaintea erei noastre, în China, în scop de misionarism, acesta a trăit sub cerul liber,

și-a înăbușit patimile și s-a hrănit cu plante. Cu acest regim de viață și de alimentație a putut rămîne treaz timp de trei ani, după care a adormit profund. Tentativa sa de a găsi drumul spre dumnezeire — stînd treaz nouă ani, timp în care să contempleze pe Buda — eșuînd, la deșteptare s-a pedepsit singur, tăindu-și pleoapele. Pe locul în care au fost aruncate pleoapele tăiate a crescut o plantă : *Thea sinesis* (ceaiul). Mare i-a fost mirarea cînd, după ce a mîncat din frunzele acestei plante, puterile i-au revenit, capacitatea de concentrare a crescut și a putut îndepărta somnul ; în acest fel, Bodhidharma a putut ajunge la contemplarea și însușirea virtuților lui Buda.

În cei aproape două mii de ani de folosire a ceaiului în lume, virtuțile sale psihostimulente s-au impus, devenind o băutură universală.

Păcat că obiceiul de a bea o cană de ceai dimineața se pierde. În acest fel, organismul este privat de stimulentul psihic (cafeina), de circa 250 ml de apă caldă îngerată dimineața și de zahărul corespunzător (10—20 g), care menține constantă concentrația zahărului în sînge, pînă la masa de prînz.

— *Cele mai vechi legi scrise* asupra meșteșugului tămăduirii bolilor se găsesc înscrise cu caractere cuneiforme pe o stelă de bazalt sculptată, care se află expusă într-o sală a muzeului Louvre din Paris. Este vorba de Codul lui Hamurabi, regele Babilonului — Nabucodonosor Hamurabi —, care a trăit și domnit cu două mii de ani înaintea erei noastre.

Stela sculptată îl reprezintă în partea de sus pe Nabucodonosor primind porunci de la zeul Soare, Shamash ; zeul îi înmînează un stil cu care regele să-și însemne ordinele primite. În partea de jos sînt inscripțiile cuneiforme, între care se găsesc și reglementări ale practicii medicale a vremii.

Astfel, se prevede ca răsplată pentru vindecarea unui abces la ochi, suma de 10 monede de argint, dacă bolnavul era om liber, „domn", și 2 monede dacă bolnavul era sclav. Dacă în timpul operației medicul spărgea ochiul, era pedepsit cu tăierea mîinilor, în cazul în care bolnavul era om liber, și cu plata unei jumătăți din preț, dacă era sclav. Vindecarea unei boli interne se răsplătea cu 5 monede de argint pentru omul liber, cu 3 monede pentru sclavul liber și cu 2 monede pentru sclavul obișnuit.

Două remarci trebuie făcute pe baza Codului lui Hamurabi : specificația „cu cuțitul de bronz" presupune existența și a altor feluri de cuțite chirurgicale (de os, de silex etc.) și numărul mare de medici existenți în acea vreme, care făcea posibilă îngrijirea sănătății, chiar și a sclavilor.

— *Utilizarea zahărului în alimentație* datează dinaintea erei noastre ; ea este menționată în scrierile indiene din secolul al patrulea înaintea erei noastre, ca fiind de largă utilizare. Inițial, sub formă semilichidă (secolele al treilea și al patrulea), iar, ulterior, avînd consistență solidă, zahărul a început să intre în alimentația curentă a europenilor. În zona noastră geografică a apărut prin secolul al doisprezecelea și s-a generalizat abia după anul 1550.

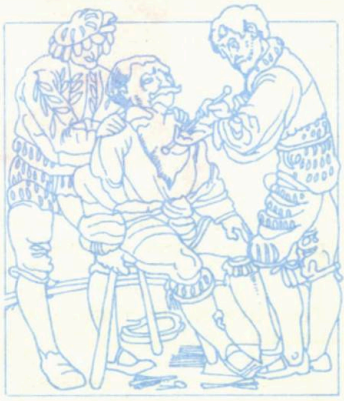
În secolul al douăzecilea se pune problema reducerii consumului și chiar înlocuirii zahărului cu substanțe edulcorante, dar lipsite de capacitate calorică (zaharină, ciclamat de sodiu).

— *În Bizanț, studierea medicinii* era rezervată atît viitorilor medici, cît și amatorilor din înalta societate. Au existat în istorie nu puține cazuri în care pregătirea medicală a acestora din urmă întrecea pe cea a profesioniștilor. O mare învățată a timpului, Ana Comnea, fiică de împărat, om de litere și doctoriță, a luptat pentru introducerea în complexul terapeutic a exercițiilor fizice practicate în scop curativ și profilactic. A formulat chiar scheme practice de exerciții fizice pentru numeroase condiții patologice și pentru menținerea stării de sănătate.

Femeile-medici acordau asistență de specialitate atît bărbaților, cît și femeilor ; femeile și personalul mănăstiresc recurgeau, însă, numai la serviciile doctoriților sau al medicilor eunuci.

Împăratul Emanuel I a îngrijit cu competență deosebită pe împăratul Conrad, în timpul vizitei sale la Bizanț, cînd a făcut o infecție respiratorie, cu alterarea stării generale.

Acest obicei s-a extins în tot imperiul bizantin și în zonele de influență ale acestuia, inclusiv în țara noastră.



Astfel, Nicolae Vodă Mavrocordat şi sora sa Ruxandra Ghica, pe lîngă faptul că erau foarte instruiţi în multe domenii, inclusiv cel medical, erau medicii curanţi ai Curţii, familiei şi prietenilor.

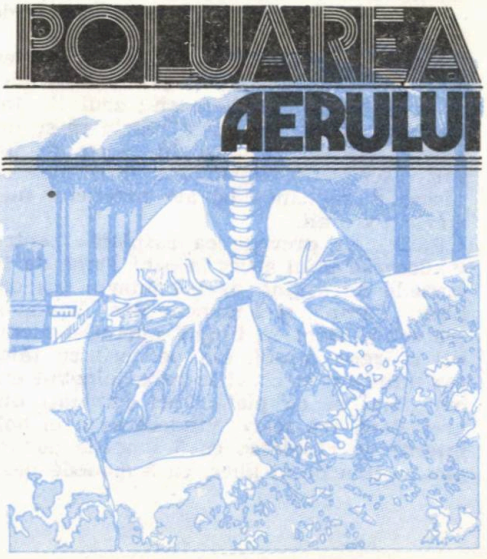
— Dacă *legătura între bărbieri şi medicină* (sau, mai corect exprimat, chirurgie) este îndeobşte cunoscută, *cea dintre călăi şi chirurgie* este mai puţin cunoscută. Într-adevăr, profesiunea lor, definită plastic : „sculptori în carne omenească", le-a permis să urmărească atent unele situaţii patologice şi chiar să propună soluţii de rezolvare. Astfel, călăii au fost cei care au preconizat hemostaza după amputaţii (accidentale sau în scop punitiv) ; ei introduceau bontul respectiv într-o băşică de porc plină cu urină, modalitate terapeutică generalizată apoi. În Evul Mediu, s-a renunţat la urină ca hemostatic şi s-a utilizat introducerea bontului într-un vas cu smoală fierbinte, care după răcire forma o peliculă ce oprea sîngerarea.

Faima medicală a unor călăi a crescut aşa de mult, încît erau solicitaţi ca medici ai unor personalităţi ale vremii. Este cazul împăratului Prusiei, Frederic I, care avea ca medic-chirurg personal un vestit călău. Reputaţia unui călău era asigurată de dexteritatea de a detaşa capul sau un segment de membru dintr-o singură lovitură de secure sau de cuţit.

Conf. dr. EMIL A. POPESCU
Spitalul Clinic de Urgenţă, Bucureşti

MĂRTURII VECHI DESPRE POLUAREA AERULUI

Conf. dr. doc. Marţian Cotrău
Catedra de toxicologie, I.M.F. Iaşi

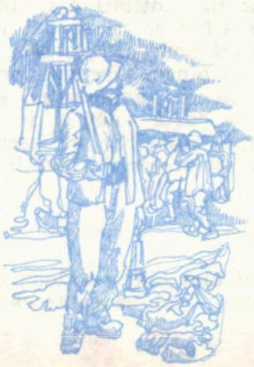


Cîteva mărturii scrise rămase din veacurile trecute arată că poluarea atmosferică este un fenomen foarte vechi, doar că pericolul pentru sănătatea vieţuitoarelor a crescut enorm în ultimul timp, ca urmare a inventării şi folosirii a noi poluanţi, deversaţi în aer, pe scară largă.

Celebrul medic englez William Harvey (1578—1657), fondatorul fiziologiei moderne, în opera sa „Anatomical Examination of the Body of Thomas Parr", s-a referit la poluarea atmosferei din Londra timpului său. După ce a autopsiat un bărbat de o sută de ani, numit „Bătrînul Parr", care murise de o „peripneumonie" în urma unei călătorii la Londra, Harvey scria : „Cea mai mare parte a răului s-a produs prin schimbarea aerului ; aerul respirat de Parr în tot restul vieţii sale fusese cu desăvîrşire curat", în timp ce aerul la care a fost expus la Londra era impurificat cu fum.

În 1661 John Evelyn, în „Fumigation or the Smoke of London", a descris astfel „norul infernal şi respingător de cărbune" care stagnează deasupra Londrei : „Acest nor este complet amestecat cu aerul care, el însuşi, este curat şi sănătos, încît locuitorii nu respiră decît o ceaţă deasă şi murdară, însoţită de vapori cu aspectul funininii şi încărcaţi cu miasme, care-i predispune la o mie de boli, distrugîndu-le plămînii şi dereglîndu-le întreaga fiziologie; răcelile, ftizia, tusea şi epuizarea fizică bîntuie mai intens în acest oraş decît în tot restul planetei".

Cînd, într-o dimineaţă de octombrie din anul 1524, exploratorul Juan Rodriguez Cabrillo arunca ancora în micul golf San Pedro de pe coasta Californiei, a putut vedea, la orizont, culmile munţilor, dar nu şi poalele lor. El a povestit că fumul focurilor aprinse de către indieni se ridica la o înălţime de cîteva sute de picioare, apoi se întindea pe toată valea. De aceea Cabrillo denumi locul pe care-l descoperise „Golful fumului", fără a bănui că fenomenul la care asistase prevestea un viitor îngrijorător. Acest spectacol ilustra, sub o formă primitivă şi rustică, nu numai poluarea datorată omului, dar şi fenomenul numit astăzi „inversie termică". Inversia termică la care asistase Juan Rodriguez Cabrillo rămase un detaliu pitoresc pus pe seama anumitor particularităţi topografice, pînă în septembrie 1943, cînd Los Angeles a fost, pentru prima dată, lipsit brusc de lumina zilei. O iritare puternică a ochilor şi a mucoaselor respiratorii a fost simptomul care a arătat populaţiei că „smogul" devenise acum un pericol pentru sănătatea sa.



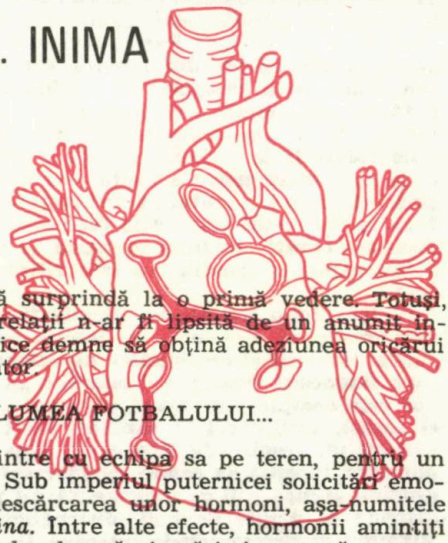
Vorbindu-se despre poluarea atmosferică se foloseşte adesea termenul de „smog". La origine, această vocabulă făcea aluzie la prezenţa simultană a fumului („smoke") şi a ceţei („fog"), situaţie frecventă la Londra, unde se întrebuinţează mult cărbune, atît în industrie, cît şi pentru încălzirea clădirilor. Cu timpul, noţiunea de „smog" s-a lărgit. La Los Angeles, de exemplu, smogul nu provine nici din ceaţă, nici din fum, ci se datoreşte reacţiilor chimice produse în atmosferă sub acţiunea energiei solare, cu rol catalitic ; este aşa-numitul smog fotochimic.

Poluanţii atmosferici se acumulează sub formă de smog atunci cînd inversia termică se opune mişcării în sens vertical, pe care aerul o execută în mod normal. Se ştie că aerul este mai cald la sol şi mai rece la oarecare altitudine, formarea curenţilor ascendenţi, esenţiali pentru purificarea aerului, explicîndu-se prin această diferenţă de temperatură. În caz de inversie termică, dimpotrivă, un strat de aer cald se formează la o anumită altitudine, iar la sol se menţine un strat de aer rece. Îndată ce fenomenul de inversie termică apare într-o regiune puternic industrializată sau numai intens populată, poluanţii atmosferici locali nu mai pot circula, acumulîndu-se în sol.

Smogul de tip londonez — smogul acid — se formează ziua sau noaptea, pe timp rece sau cu brumă. Inversia are loc la nivel scăzut — 100—120 m de la sol — şi durează mai multe zile. Smogul fixează şi menţine în suspensie, în aer, o mare cantitate de poluanţi, în special funingine şi oxizi de sulf, care suprimă vizibilitatea şi nu se dizolvă pătrunzînd în case, aşa cum ar face o ceaţă adevărată. Smogul de tip californian — smogul fotochimic — se formează, din contră, în miezul zilelor însorite şi foarte calde. Vălul gros care întunecă frumosul cer albastru al Californiei de Sud rezultă din acţiunea luminii solare asupra anumitor hidrocarburi nesaturate şi a oxizilor de azot. Inversia are loc la altitudine mult mai mare — 800—1 200 m de sol —, dar este persistentă, putînd dura o mare parte a sezonului de vară. Acest gen de smog a fost observat nu numai la Los Angeles, San Diego şi San Francisco, ci şi în Arizona, New Mexico, Detroit, Philadelphia, New York.

CONDUCEREA AUTOMOBILULUI

ŞI... INIMA



Corelaţia enunţată în titlu ar putea să surprindă la o primă vedere. Totuşi, credem că demonstrarea realităţii acestei corelaţii n-ar fi lipsită de un anumit interes, legat mai ales de unele concluzii practice demne să obţină adeziunea oricărui conducător de automobil, profesionist ori amator.

PORNIM DE LA O MICĂ INCURSIUNE ÎN LUMEA FOTBALULUI...

Să ne imaginăm un fotbalist gata să intre cu echipa sa pe teren, pentru un meci important, eventual cu caracter decisiv. Sub imperiul puternicei solicitări emoţionale, în sîngele acestui fotbalist are loc descărcarea unor hormoni, aşa-numitele *catecolamine*, adică *adrenalina* şi *noradrenalina*. Între alte efecte, hormonii amintiţi mobilizează, din rezervele corpului, un plus de glucoză şi grăsimi, care să acopere cheltuielile energetice pretinse de efortul fizic extraordinar, gata să înceapă. Este vorba de un fenomen absolut normal, fiziologic, de o reacţie moştenită, de secole şi milenii, de la îndepărtaţii noştri strămoşi, ale căror principale emoţii erau stîrnite de ivirea unor situaţii de pericol. Pentru ei conturarea pericolului însemna sau fuga, sau lupta, deci presupunea un important efort fizic. În ambele cazuri organismul avea nevoie să dispună repede de un supliment de energie. Acesta era rostul descărcării în sînge a celor doi hormoni — adrenalina şi noradrenalina.

...ŞI DE LA ÎNCĂ O SCURTĂ INCURSIUNE ÎN FIZIOPATOLOGIE

Se înţelege că în exemplul dat mai sus rezervele energetice mobilizate aveau să fie cheltuite din plin. Dar dacă descărcarea de catecolamine declanşată de o emoţie sau — cum spunem deseori astăzi — generată de un stres are loc în condiţiile unei activităţi sedentare, creşterea grăsimilor circulante nu este urmată de cheltuirea lor. Apare riscul ca o parte din acizii graşi preluaţi din depozitele de grăsime ale corpului să se depună în pereţii arterelor şi să ia parte la constituirea plăcilor de aterom. De aici şi cunoscuta implicare a stresului emoţional ca factor de risc în ateroscleroză. Mai devine posibil ca aceiaşi acizi graşi să grăbească formarea de cheaguri în vasele de sînge îngustate din cauza aterosclerozei. Iar ateroscleroza, cum bine se ştie, formează substratul unor manifestări clinice, dintre care *cardiopatia ischemică* şi *infarctul de miocard* reprezintă o parte însemnată.

CU ACEASTA AM AJUNS LA MIEZUL PROBLEMEI

Conducerea automobilului reprezintă, evident, o activitate sedentară. Apare însă de reţinut o interesantă remarcă făcută de oamenii de ştiinţă. Este fapt constatat că în sîngele omului aflat la volan şi, oricum, supus unui grad de tensiune emoţională, adrenalina şi noradrenalina se găsesc în cantităţi aproximativ duble faţă de normal. Aceasta, însă, la viteze moderate. Cînd se merge cu viteză mare, proporţia aceloraşi hormoni în sînge poate să întreacă normalul de zece ori şi chiar mai mult ! Deci, iată cum excesul de viteză, pe lîngă binecunoscutele riscuri directe cărora le dă naştere, se erijează şi într-un factor de risc, ameninţînd sănătatea în ansamblu şi sănătatea inimii în particular. La fel se poate vorbi şi despre neadaptarea la starea carosabilului, neacordarea priorităţii, depăşirile incorecte şi despre toate celelalte expresii ale unui stil de conducere generator de emoţii, tot atît de puternice, pe cît de gratuite.

DOUĂ PRIME CONCLUZII PRACTICE

În primul rînd, cine conduce maşina — mai ales cine conduce mult — are datoria să nu uite că este în tot acest timp sedentar. Deci, să caute ca în viaţa de

fiecare zi să aloce timp şi pentru exerciţiul fizic, sub diferitele lui forme, începînd cu gimnastica. De exemplu, în timpul pauzelor de odihnă luate pe drum, cele cîteva mişcări de dezmorţire după statul îndelungat la volan să fie întregite printr-un scurt dar consistent program de gimnastică, în toată regula. Iar conducătorilor amatori, iubitori de drumeţie auto, li se recomandă să cultive în completare, pe cît se poate, şi drumeţia veritabilă, care este una singură : *cea pe propriile picioare.*

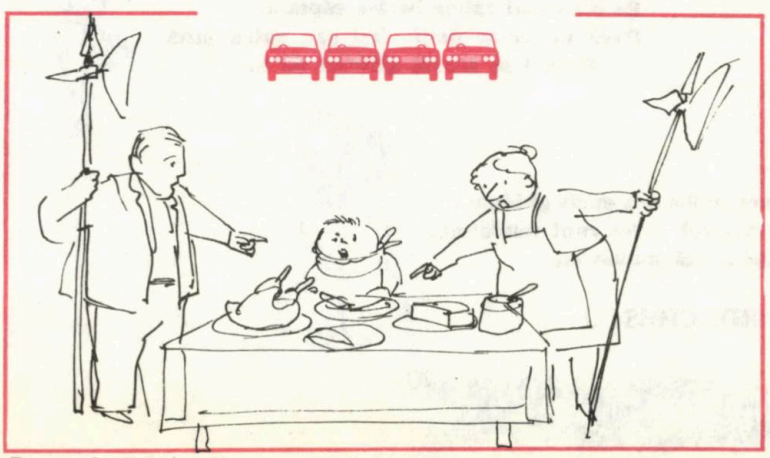
În al doilea rînd, s-ar cuveni reflectat cu toată răspunderea la abandonarea fumatului la volan, în plin mers. Fumatul în timpul conducerii presupune un număr de gesturi. Mai întîi aprinderea ţigării, natural, cu o singură mînă, cu bricheta. Apoi ducerea şi luarea ţigării de la gură, scuturarea scrumului în aşa fel încît să nu cadă pe jos în maşină ş.a.m.d. Sînt gesturi simple, intrate în obişnuinţă. Totuşi sînt gesturi parazitare, privindu-le în raport cu preocuparea majoră, cea axată asupra conducerii. Dacă ele duc la distragerea atenţiei fie şi doar pentru o secundă, tot se înţelege de ce este nedorit fumatul la volan şi de ce apare preferabil să fie evitat. Aceasta pentru a nu mai vorbi de situaţia în care se întîmplă ca fumul să intre în ochi, să usture şi să provoace lăcrimarea. Aşadar, recomandarea de a nu fuma la volan se află în deplin acord cu satisfacerea necesităţii de a ocoli nu numai abaterile grave, ci şi imprudenţele aparent mărunte, capabile totuşi să ducă la situaţii neprevăzute, să dea loc la emoţii bruşte şi, prin aceasta, la descărcări de catecolamine în sînge.

De adăugat că aceleaşi descărcări de catecolamine sînt ocazionate de aprinderea ţigării în oricare alte condiţii şi nu numai la volan. De aceea, combaterea fumatului s-a ridicat în zilele noastre la rangul de acţiune prioritară în prevenirea aterosclerozei, cu întregul cortegiu de tulburări şi accidente datorite acestei răspîndite maladii degenerative.

PRINCIPALA CONCLUZIE A FOST LĂSATĂ LA URMĂ

Principala concluzie, după cum apare cu toată limpezimea, se conturează ca un argument în plus în favoarea conducerii preventive. Se ştie prea bine în ce constă conducerea preventivă, la ce serveşte, ce previne pe planul evenimentelor rutiere. Dar, cum se vede, conducerea preventivă are şi o virtute poate mai puţin aparentă, dar perfect reală. Se poate uşor observa ce filieră riguros logică există în această privinţă. Conducerea preventivă ajută nu numai la prevenirea accidentelor, ci şi la evitarea ivirii unor situaţii de pericol generatoare de emoţii puternice, de stres emoţional. Prin aceasta, conducerea preventivă oferă conducătorului auto o stare permanentă de confort psihic, face ca şederea la volan să fie tot timpul plăcută, liniştită şi ferită de emoţii. La rîndul lui, confortul psihic permite ca cei doi hormoni — adrenalina şi noradrenalina — să nu întreacă prea mult coeficientul lor normal în sînge. Aceasta înseamnă şi anihilarea neajunsului reprezentat de creşterea în sînge a unor grăsimi rămase neconsumate. Implicit, înseamnă şi anularea unuia dintre factorii de risc recunoscuţi ca majori în apariţia aterosclerozei şi a unor răspîndite suferinţe ale inimii. Cu aceasta, se pare că ceea ce era de demonstrat a fost demonstrat. *Se dovedeşte, o dată mai mult, cum conducerea preventivă constituie singura atitudine acceptabilă şi responsabilă de adoptat la volan.*

Dr. AL. GHEORGHIU



Desen de Leonte N. Fără cuvinte

El din prima clipă s-a simțit sedus
Cînd în colț, la teatru, ea, zîmbind, i-a spus :
„Poate vi se-ntîmplă un bilet în

Iar după spectacol (el acum regretă)
I-a propus, de-a dreptul, fără etichetă,
O plimbare scurtă pe

Bucureștii-n urmă repede au rămas ;
Depăși Snagovul într-un sfert de ceas,
Vrînd s-o epateze cît e el de

Drept c-a epatat-o ; și-ajunsese scopul,
Dar la-napoiere n-a văzut, miopul,
La o-ntretăiere, că-i pe roșu

Greu deloc nu este să ghicești urmarea :
Amîndoi eroii și-au sfîrșit plimbarea
Tot pe roți de gumă, însă cu

Ea o să mai rabde încă-o săptămînă,
Dacă nu chiar două, trei sau patru pînă
O să i se scoată ghipsul de la

Iară lui — cum naiba s-a sucit ghidonul
Că i-a spart femurul și i-a rupt tendonul...
Azi se deplasează numai cu

FLORIN IORDĂCHESCU

În ajutorul GOSPODINELOR

Vă prezentăm cîteva rețete dietetice

Se descriu mai jos cîteva rețete ce pot fi folosite de suferinzi cu diferite maladii, în care sarea este contraindicată (cardiorenali, boli ale ficatului, ca de pildă ciroză cu ascită, obezitate, în cursul tratamentului cu corticosteroizi : Cortizon, Prednison, Superprednol etc...).

BORȘ DE LOBODĂ

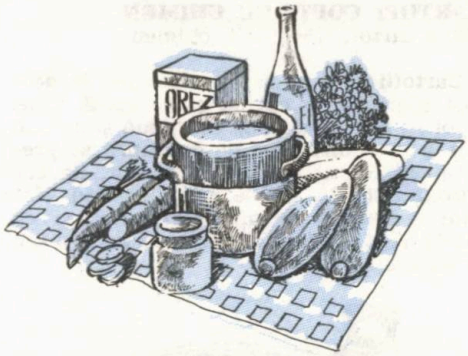
130 g lobodă, 15 g orez, 20 g ceapă, 100 ml borș, 50 g iaurt, leuștean, frunze de pătrunjel

Se aleg frunzele de lobodă, se spală în mai multe ape, se taie sub formă de fîșii mai late și se pun la fiert în apă clocotindă (aproximativ 300 ml). În timpul fierberii se adaugă ceapa curățată, spălată și tocată. Cînd loboda este pe jumătate fiartă, se adaugă orezul ales și spălat. La urmă se toarnă borșul și apoi se presară leușteanul și frunzele de pătrunjel, spălate și tocate, după care se mai dă în două-trei clocote. La servire se adaugă iaurtul.

CIORBĂ DE DOVLECEI CU IAURT

250 g dovlecei, 65 g morcovi, 30 g pătrunjel, 15 g orez, 10 ml untdelemn, 50 g iaurt, verdeață

Aproximativ 300 ml apă se pun la fiert, împreună cu untdelemnul. Pătrunjelul și morcovii se curăță, se spală și se rad pe răzătoarea de zarzavat. Se pun în apă cînd aceasta clocotește. Cînd legumele sînt fierte pe jumătate, se adaugă orezul ales și spălat. Se mai lasă să fiarbă zece minute, după care se mai adaugă dovleceii curățați, spălați și tăiați sub formă de cuburi. La urmă se presară verdeața, spălată și tocată mărunt. La servire se adaugă iaurtul.



SUPĂ DE CONOPIDĂ CU OREZ

250 g conopidă, 50 ml lapte, 10 g orez, 10 ml untdelemn, 25 g smîntînă, verdeață

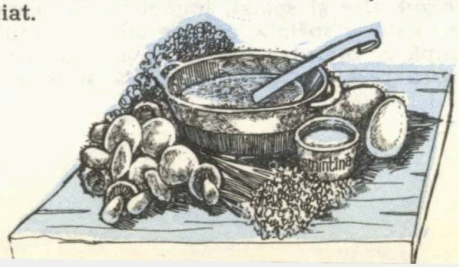
Conopida se rupe bucheţele, se spală și se pune la fiert în apă clocotindă (aproximativ 300 ml), în care s-au adăugat laptele și untdelemnul.

Cînd conopida a fiert pe jumătate, se adaugă orezul ales și spălat. Totul se lasă să fiarbă. Cînd este gata, supa se servește cu smîntînă și verdeață spălată și tocată mărunt, presărată pe deasupra.

SUPĂ DE CIUPERCI

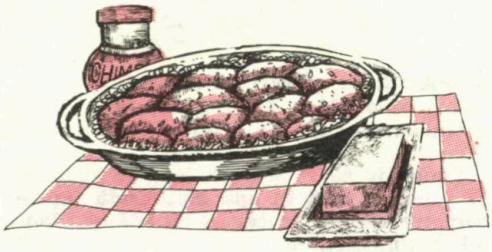
130 g ciuperci, 20 g smîntînă, 1/2 gălbenuș, frunze de pătrunjel

Ciupercile se curăță, se spală bine în multe ape. Apoi se pun la fiert în apă clocotindă. După ce au fiert se scurg de apă, se toacă mărunt, se pun în aproximativ 300 ml zeamă de zarzavat (sau bulion de carne) și se lasă să mai dea cîteva clocote. La urmă se presară frunzele de pătrunjel, care au fost spălate și tocate. Se ia de pe foc și se adaugă încet gălbenușul amestecat cu smîntîna. Se servește imediat.



CARTOFI COPȚI CU CHIMEN
300 g cartofi, 15 g unt, chimen

Cartofii se aleg să fie aproape de aceeași mărime, se curăță și se spală bine. Apoi se taie de-a lungul în două și se pun într-o tavă unsă, iar pe deasupra se presară chimen și se dau la cuptor. Se coc aproximativ 30—45 de minute. Cînd sînt gata se servesc cu unt pe deasupra și cu salată verde, salată de roșii, castraveți sau ardei grași etc.



CARTOFI ÎN COAJĂ
300 g cartofi, 15 g unt, zeamă de lămîie, mărar, pătrunjel

Se aleg cartofi buni (întregi și neîncolțiți), se spală bine cu peria, se taie în două și se așază unul lîngă altul, într-o tavă uscată, și se pun la cuptor.

Mărarul și pătrunjelul se curăță, se spală bine și se toacă. Se adaugă untul și zeama de lămîie ; totul se pune pe deasupra cartofilor, cînd sînt gata.

Dacă dieta permite se mai pot servi și cu maioneză pe deasupra.

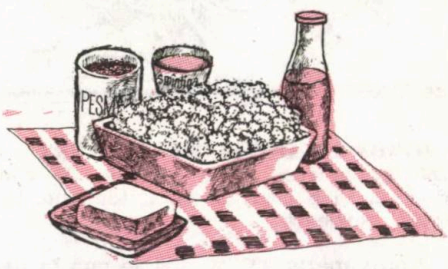
CROCHETE DIN OREZ
80 g orez, 8 g unt, 30 ml untdelemn, 25 g pesmet, 8 g ceapă, 1/4 ou, nucșoară, verdeață

Aproximativ 400 ml apă (sau se preferă, dacă este posibil, zeamă de zarzavat) se pun la fiert ; cînd apa clocotește se pune orezul ales și spălat, împreună cu ceapa curățată și spălată, apoi se adaugă untul. După ce orezul a fiert, i se adaugă nucșoara rasă și verdeața spălată și tocată. Apoi se toarnă într-o tavă umezită. Se întinde cu un cuțit lat și ud, astfel ca să formeze un strat gros de aproximativ doi centimetri și se lasă la răcit. După ce s-a răcit, se taie bucăți. Oul se bate bine cu puțină apă. Crochetele din orez se dau prin ou și apoi prin pesmet, după care se prăjesc în untdelemn încins (fără să fumege).

Crochetele din orez se pot servi cu sote de morcovi, salată verde, sote din fasole verde etc.

CONOPIDĂ CU PESMET
450 g conopidă, 15 g unt, 25 g smîntînă, 20 g pesmet, 50 ml lapte

Conopida se curăță, se rupe buchețele, se spală și se pune la fiert, în apă clocotindă, cu lapte. După ce a fiert, zeama se aruncă, iar conopida se așază într-o cratiță unsă cu puțin unt. Pe deasupra se toarnă pesmetul rumenit, uscat și amestecat cu restul de unt. La urmă se adaugă și smîntîna, după care se pune la cuptor, aproximativ 15 minute.

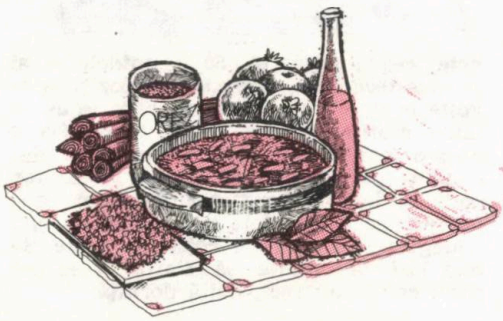


PILAF CU OREZ
70 g orez, 200 g praz, 15 ml untdelemn, 100 g roșii, foi de dafin, verdeață

Orezul se alege, se spală și se pune la fiert în apă (de două ori volumul orezului).

Separat se curăță prazul, se spală și se taie în rondele foarte subțiri. Se înăbușă cu apă fierbinte și untdelemn, în care s-a pus o foaie de dafin, după care se adaugă roșiile spălate și date prin sită. După ce a

fiert, se amestecă cu orezul și se pune la cuptor. La servire, pe deasupra se presară verdeața spălată și tocată.

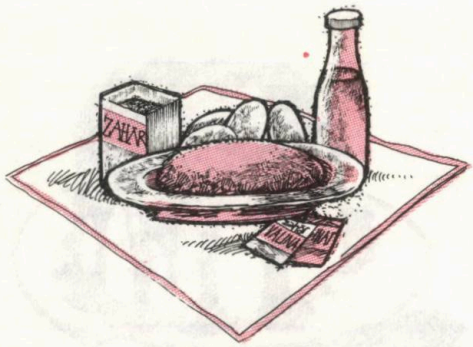


CREMĂ DE BRÎNZĂ DE VACI
100 g brînză de vaci, 15 g zahăr, 1/2 gălbenuș, 50 ml lapte, zahăr vanilat

Laptele se fierbe, se adaugă zahărul și se lasă la răcit.

Brînza de vaci se trece prin sită, se amestecă cu gălbenușul și zahărul vanilat. Apoi se adaugă laptele fiert cu zahăr și se amestecă bine, pînă devine ca o pastă. Compoziția se pune într-un sac cu cornet și se toarnă în porții pe farfurie.

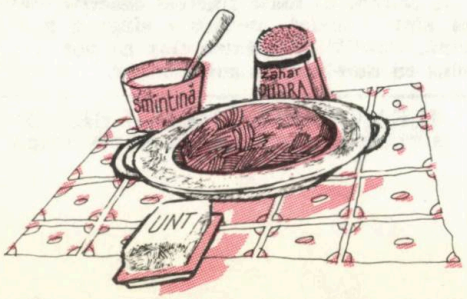
Crema de brînză de vaci se poate servi și cu biscuiți (fără sare).



FIDEA CU SMÎNTÎNĂ
70 g fidea, 20 g smîntînă, 10 g zahăr pudră, 5 g unt (sau margarină), 10 g zahăr

Fideaua se pune la fiert, în apă clocotindă. După ce a fiert se scurge de apă, se amestecă cu zahăr și unt, după care se pune la cuptor 10 minute.

La servire se adaugă, pe deasupra, smîntîna și zahărul pudră.



FRUCTE COAPTE LA CUPTOR
120 g mere, 120 g pere, 25 g zahăr, coajă de lămîie sau de portocală (după gust)

Merele și perele se spală, se scobesc puțin cu un cuțit special sau cu o linguriță și se umplu cu zahărul amestecat cu coaja de lămîie sau de portocală. Fructele se așază într-o tavă sau o cratiță în care s-a pus puțină apă. Se țin la cuptor aproximativ 15—20 de minute. Se scot întîi merele (care se coc mai repede), iar după un timp, perele (cînd s-au muiat). Se așază pe o farfurie și se servesc.

ÎNGHEȚATĂ DE CĂPȘUNI
90 g căpșuni, 35 g zahăr, 30 ml lapte, vanilie, suc de lămîie.

Căpșunile se curață de codițe, se spală și se lasă la scurs. Apoi se trec printr-o sită și se adaugă sucul de lămîie.

Laptele se fierbe separat cu zahărul și vanilia. După ce a fiert se lasă la răcit, apoi se adaugă pireul de căpșuni obținut prin sită.

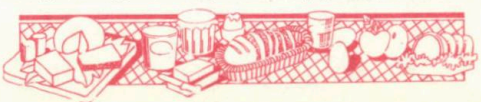
Compoziția realizată se pune într-o formă la congelator.

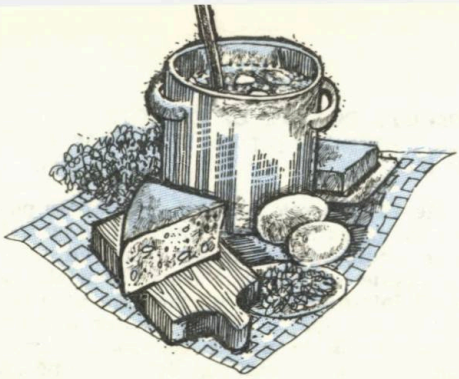
În același mod se mai poate face și înghețata de zmeură sau de fragi.

* * *

Vă prezentăm, în continuare, cîteva rețete folositoare diabeticilor. În paranteză sînt trecuți hidrații de carbon (glucidele).

SUPĂ CU GĂLUȘTE, CU CAȘCAVAL SAU BRÎNZĂ (conține 0 g glucide)
20 g cașcaval (sau brînză), 10 g unt (sau margarină), 1/4 ou, verdeață, sare





Untul se freacă bine şi se amestecă cu caşcavalul ras pe răzătoare, cu oul şi verdeaţa spălată şi tocată. După ce amestecul a devenit omogen, se ia cu o linguriţă udă şi se formează găluşte, care se pun pe farfuria în care se serveşte supa. Între timp se pun la fiert 300 g bulion de carne (fără zarzavat) şi se potriveşte de sare. După ce a fiert se toarnă încet în farfurie, avînd grijă să nu se strice găluştele. Se serveşte imediat.

OUĂ UMPLUTE CU BRÎNZĂ DE VACI (conţine 2 g glucide)
1 ou, 20 g brînză de vaci, 25 ml lapte, verdeaţă, sare

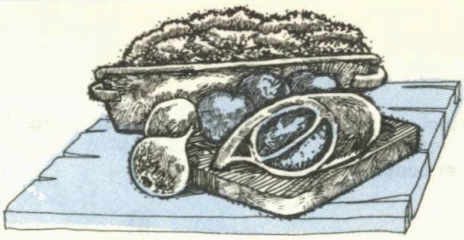
Oul se fierbe 7 minute (ca să devină tare), se pune în apă rece, se lasă 5 minute şi se curăţă de coajă. Apoi se taie în două, în lung, şi se scoate gălbenuşul. Acesta se freacă bine cu brînza de vaci, laptele, verdeaţa tăiată mărunt şi sarea. Se umplu cu această compoziţie jumătăţile de ou formate din albuş.

Se servesc pe foi de salată verde, cu sos de maioneză etc.

VINETE UMPLUTE CU CARNE (conţine 25 g glucide)
360 g vinete, 120 g carne, 20 g ceapă, 80 g untdelemn, 100 g roşii, sare

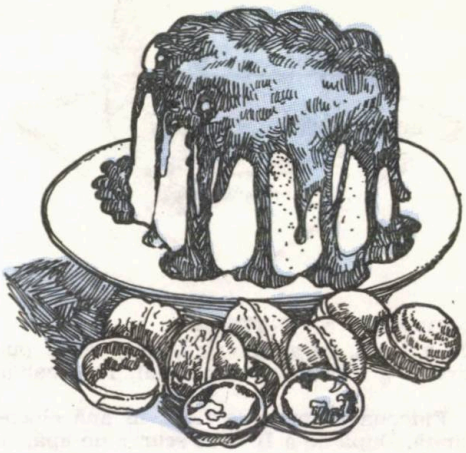
Vinetele se curăţă, se taie în lungimea lor în două şi li se scoate miezul cu o linguriţă.

Separat carnea se curăţă de pieliţe şi zgîrciuri şi se pune la fiert în apă rece. După ce a fiert se trece prin maşina de tocat, împreună cu miezul scos din vinete, ceapa curăţată, 50 g untdelemn şi se amestecă bine. Această compoziţie serveşte la umplerea vinetelor, care se aşază într-o cratiţă. Pe deasupra se toarnă 200 g de sos tomat, se adaugă restul de untdelemn şi puţină sare şi se pun la cuptor, unde se lasă aproximativ 20—30 de minute. După ce vinetele s-au muiat, se mai adaugă restul de roşii cojite şi tăiate. Se mai lasă 10 minute să fiarbă şi se pot servi calde sau reci, după dorinţă.



CREMĂ DE NUCI (conţine 4 g glucide)
25 g nuci (miez), 25 g frişcă, coajă de lămîie, gelatină, zaharină (sau ciclamat de sodiu)

Gelatina se înmoaie, cu o jumătate de oră înainte de întrebuinţare, în apă rece, apoi se dizolvă într-o lingură cu apă fierbinte. Nucile date prin maşină se amestecă cu 60 g de apă fiartă, în care, după răcire, s-a dizolvat zaharina. Se amestecă totul uşor, împreună cu coaja de lămîie rasă şi frişca bătută. Se poate opri din frişcă pentru ornat crema. Preparatul se ţine la rece pînă în momentul servirii.



NOTĂ

De reţinut că toate reţetele descrise mai sus sînt calculate pentru o singură persoană. Cantităţile alimentelor se vor înmulţi cu numărul consumatorilor.

ILEANA ŞERBĂNESCU-BERAR
SPECIALISTĂ ÎN NUTRIŢIE ŞI DIETETICĂ

GÎNDACII de bucătărie nu înseamnă numai disconfort

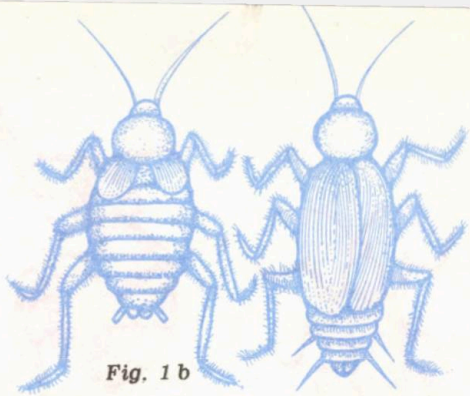


Fig. 1 b

De-a lungul timpului, omul şi-a creat o biocenoză proprie — antropobiocenoza. În ea a introdus animalele domestice (produşii săi), dar fără voia lui au pătruns aici şi elementele sinantrope — componenta spontană a antropobiocenozei. Din această categorie, pentru a enunţa doar vieţuitoarele cele mai cunoscute, fac parte : muştele, şobolanii, şoarecii şi... gîndacii de bucătărie, subiecţi ai prezentului articol.

Neamul gîndacilor de bucătărie, un ordin independent printre insecte, este foarte bogat în specii (aproximativ 3 500), însă majoritatea acestora trăiesc în ţările calde. În casele noastre s-au asociat două dintre ele, şi anume : gîndacul gălbui-roşcat *(Blattella germanica)* (fig. 1 a) şi gîndacul negru *(Blatta orientalis)* (fig. 1 b). Adulţii speciilor amintite se deosebesc cu destulă uşurinţă, prin faptul că, pe lîngă diferenţa de culoare, cuprinsă deja în denumirea lor, gîndacul gălbui-roşcat prezintă două dungi longitudinale, de culoare mai închisă, pe pronot (scutul toracal între cap şi aripi), şi aripile bine dezvoltate, în timp ce la gîndacul negru aripile sînt prezente numai la masculi — şi aici scurtate —, nedepăşind capătul posterior al abdomenului, la femelă fiind reduse la nişte solzi. Pentru deosebirea stadiilor lor de dezvoltare — larvele —, care seamănă cu adulţii, avînd doar dimensiuni mai reduse, aripile nu pot fi luate în consideraţie, deoarece încă nu s-au dezvoltat.

Ambele specii iubesc căldura, umezeala şi întunericul ; surprinşi de lumină, ei nu zboară, ci fug, cu viteză, către cel mai apropiat ascunziş. Corpul lor turtit favorizează adăpostirea în cele mai înguste crăpături.

În gospodăriile noastre gîndacii de bucătărie se cuibăresc de preferinţă în bucătărie şi baie, în preajma instalaţiilor cu apă caldă sau a altor surse de căldură, precum compresoarele din spatele frigiderelor, pe sub mobilier, în spatele căzii, a chiuvetelor, în spaţiul format de şipci între perete şi podea, în spatele plăcilor de faianţă, mai ales cînd există crăpături libere între ele etc.

Între cele două specii de gîndaci există şi diferenţe de comportament. Gîndacul gălbui-roşcat este o specie căţărătoare, fapt care explică larga sa răspîndire pe verticală. Canalele cu instalaţii tehnice şi cele de ventilaţie, aparţinînd clădirilor cu mai multe etaje, facilitează răspîndirea lor. Gîndacul negru preferă, în schimb, plimbările pe orizontală, fiind întîlnit mai frecvent în subsoluri, partere, depozite etc. Datorită acestei comportări poporul îl mai numeşte *gîndacul brutăriilor.*

Cu ce se hrănesc gîndacii de bucătărie ?

Regimul lor alimentar este omnivor ; astfel, nu există o preferinţă pentru o hrană anumită. În locuri mai uscate se observă opţiunea pentru alimentele suculente. Mănîncă orice, chiar şi urmele de ulei de pe pereţi.

Cum se înmulţesc gîndacii de bucătărie ?

Gîndacii de bucătărie nu depun ouă libere, ci alcătuiesc o *ootecă*, un fel de butoiaş rezistent şi protector, de culoare închisă. Ooteca se formează într-o singură zi ; ea adăposteşte 16 ouă la gîndacul negru şi 20—40 de ouă la gîndacul gălbui-roşcat. Ooteca este depusă într-un loc ferit, după 2—5 zile, la gîndacul negru, dar larvele tinere părăsesc ooteca abia după 2—3 luni. Spre deosebire de gîndacul negru, femela gîndacului gălbui-roşcat poartă

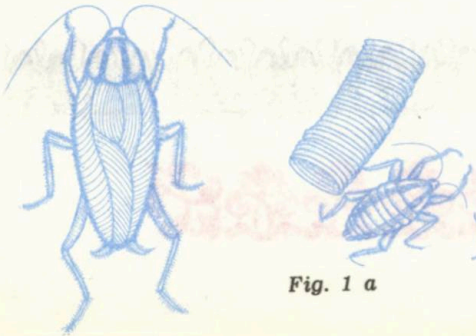
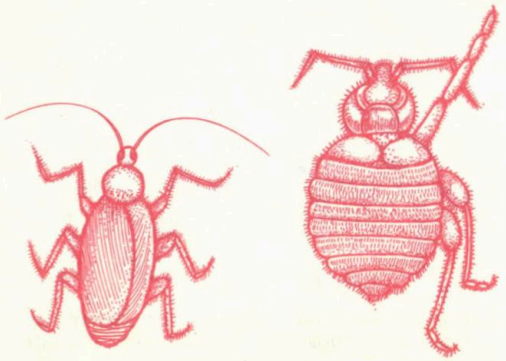


Fig. 1 a



ooteca cu ea pînă la 5 săptămîni, apoi o depune şi curînd eclozează din ea larvele tinere.

Timpul necesar de dezvoltare de la ou la adult este în funcţie de temperatură, la gîndacul gălbui-roşcat fiind de aproximativ 170 de zile la 22°C şi de numai 75 de zile la 30°C. Teoretic, numărul urmaşilor unei singure femele poate atinge la această specie, pe an, impresionanta cifră de 20 000 de exemplare. Rata de înmulţire la gîndacul negru este mai scăzută, el prezentînd, la temperaturi normale, o singură generaţie pe an.

Prezenţa gîndacilor de bucătărie nu înseamnă numai disconfort !

Mult timp s-a considerat că gîndacii de bucătărie sînt în primul rînd generatori de disconfort, rolul lor de vector (care transportă) fiind subapreciat. Astăzi se ştie că gîndacii de bucătărie se încarcă în deplasările lor cu cele mai diferite microorganisme, de la virusuri pînă la protozoare şi chiar helminţi, dintre care mulţi sînt patogeni sau condiţionat patogeni. Microorganismele aderă pe suprafaţa corpului (protejat extern) sau ajung în tubul digestiv al gîndacului (protejat intern) unde, în special bacteriile, se şi multiplică. Spectrul microorganismelor vehiculate este foarte diferit, în funcţie de specificul biotopului şi de condiţiile de igienă existente. Astfel, în bucătării şi depozitele de alimente ponderea principală revine ciupercilor, care contribuie la deprecierea lor. De pe corpul gîndacilor de bucătărie recoltaţi din cantine s-au putut izola peste 20 de specii de ciuperci microscopice, dintre care 9 producătoare de toxine, cele mai importante fiind : *Aspergillus flavus, Aspergillus niger şi Trichoderma viridae.* În colectivităţi predomină bacteriile, printre ele aflîndu-se şi multe specii patogene sau condiţionat patogene ; lista celor identificate este lungă ; spicuim din ea următoarele specii : *Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Shigella sonnei, Shigella flexneri, Salmonella sp., Staphylococcus aureus,* precum şi toată gama genurilor *Proteus, Enterobacter şi Streptococcus.*

Înşişi gîndacii conţin o substanţă alergenă, rezistentă la fierbere ; poluarea alimentelor sau rătăcirea gîndacilor în mîncare are, prin urmare, consecinţe directe.

Cum se combat gîndacii de bucătărie

Avînd în vedere disconfortul generat de gîndacii de bucătărie, precum şi rolul lor vector, se impun susţinute acţiuni de combatere a acestora, în primul rînd prin măsuri de igienizare. Mai întîi trebuie să depistăm adăposturile lor, traseele şi zonele de „alimentare". *Locurile ţintă* sînt cele în care se face mai greu curăţenie, deci locuri mai greu accesibile.

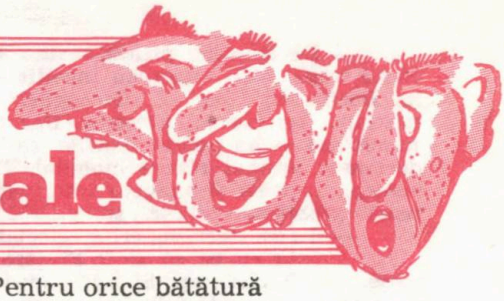
Pentru a nu permite pătrunderea lor din vecini, trebuie create „bariere", prin pulverizarea de substanţe insecticide prin locurile de pătrundere a ţevilor de calorifer, a conductelor, pe tocurile uşilor şi ferestrelor. Aceleaşi „bariere" se vor aplica şi în jurul instalaţiilor electrice.

Mai putem utiliza şi aşa-zisa „hrană otrăvită", care constă din : borax 70—75 g, la care se adaugă 30—35 g zahăr, de preferinţă pudră. Se recomandă, de asemenea, presărarea de cristale de acid boric de-a lungul pereţilor.

Combaterea cea mai eficientă este însă cea prin mijloace chimice. Dintre produsele chimice eficiente în combaterea gîndacilor de bucătărie recomandăm piretroidele, insecticide specifice, prezentînd o toxicitate foarte mare pentru insecte şi o toxicitate redusă pentru om şi mamifere.

Dr. Klaus Fabritius
INSTITUTUL DE IGIENĂ ŞI SĂNĂTATE PUBLICĂ, BUCUREŞTI

Sfaturi in–utile i~raționale și anti~medicale



Pentru gripa luată-n pripă
Sau veche de-o săptămînă,
Recomandăm ca remediu :
Țuica fiartă și bătrînă.

❋

O tuse mai serioasă
Ce provoacă insomnii,
Trebuie puțin plimbată
Pe la prieteni cu copii.

❋ ❋

Un corp sănătos și tînăr
Se păstrează atrăgător,
Citind dimineața „Sportul"
Și mîncînd seara cu spor.

❋

Pentru o durere mare,
Cu lacrimi și cu amar,
Un remediu foarte simplu :
Beți pahar după pahar.

❋ ❋ ❋

Celor ce vor „luna de miere"
Să țină la nesfîrșit,
Le recomandăm ca *hobby*
Să facă albinărit.

Pentru orice bătătură
Ce vă sîcîie cumplit,
Recomandăm încălțăminte strîmtă
Și cu vîrful ascuțit !

❋ ❋

Ca să nu aveți probleme
Cu copiii-n plin sezon,
Să-și petreacă cu bunicii
Și vacanțele-n balcon.

❋

Dacă vă plimbați copiii,
Și-apar cîini fără stăpîni,
Mîngîiați-i și lăsați-i
Să îi lingă chiar pe mîini.

❋ ❋ ❋

Să nu spuneți adevărul
La medici cînd apelați,
Să-l găsească ei și singuri,
Căci sînt oameni învățați.

AURELIA ACOSTĂCHIOAEI

Interviu imaginar cu un

MOTTO :

Ce lucru desăvîrșit este omul ! Ce aleasă îi este cugetarea. Și cît de infinite-i sînt însușirile !
(W. SHAKESPEARE — HAMLET)

CREIER ...OPTIMIST

— Te-aș ruga să te prezinți.

— Sînt un creier... obișnuit. Parafrazîndu-l pe marele Will, aș zice că sînt „un truditor cinstit, cîștig prin muncă ceea ce mănînc și îmbrac". Unii mă consideră cea mai perfectă formă de organizare a materiei. Alții au spus că sînt... cel mai complex computer. Eu sînt... dispozitivul de comandă, de coordonare și control al organismului... de integrare biologică și socială a ființei umane. Am funcții importante ! Nu degeaba sînt situat atît de sus... la cea mai înaltă altitudine... în cap ! Cu care, dealtfel, mă confund adesea.

— Ai mai fost comparat cu un agregat. Un agregat de neuroni, de celule nervoase. Apropo... ai multe celule ?

— Cîteva miliarde... mai precis 14. Da ! Am 14 miliarde. Dacă nu mă crezi... poți să le numeri. La microscop... nu-i așa de greu. În ritm de una pe secundă nu-ți trebuie decît 5 secole ! !

— Cu ce te ocupi ?

— De la mine pleacă toate... bune sau rele. Nu se zice oare : „capul face... capul trage“ ? În creier au încolțit — pentru prima oară — acordurile simfoniilor lui Beethoven... surîsul „Giocondei“ lui Da Vinci... versurile „Luceafărului“ eminescian... teoriile lui Einstein. Dar din păcate tot într-un creier — dacă poate fi numit așa — au apărut teoriile rasiste. Tot un creier — e drept, dement — a declanșat ultimul război mondial. Dar să revenim la întrebare... ce fac eu ? Eu percep... primesc și analizez informații... iau decizii... învăț și memorizez... gîndesc... rezolv probleme... iubesc... sufăr... rîd sau plîng.

— Te consideri superior celorlalte organe ?

— Știu eu ce să zic ? Fiecare cu rolul său. Eu fără ele... nu pot. Ele fără mine... ar fi fără cap. Și unde nu-i cap... e vai de toate... nu numai de picioare. Asta ar fi... o zicală (plină de miez... cu cap !)... revizuită și adăugită de mine. Cred însă — fără a fi orgolios — că am jucat un rol, un rol important, în apariția speciei umane... că eu reprezint saltul calitativ către umanitate... că eu însemn — de fapt — *homo sapiens*.

— Ce-ți place mai mult ?

— Îmi plac lucrurile făcute... cu cap. Îmi place șahul... e doar sportul minții ! Îmi place logica... logic, nu ? Activitatea... munca... îmi dezvoltă gîndirea... mă fac mai inteligent. Se știe doar că funcția creează organul ! Dar să știi că nu-mi place decît munca ordonată... planificată. În fapt, nu este ordinea prima lege a Universului ? Ador liniștea... la serviciu și acasă... ca și orele regulate de odihnă. Odihna îmi reface potențialul de lucru, materia cenușie. Fără ea... fac sindrom de suprasolicitare.

— Să nu trecem prea repede peste odihnă. Cum procedezi — știut fiind că în secolul vitezei... nu e totdeauna ușor să te odihnești ? Sînt atîția care se plîng de insomnii... de nevroze.

— Trebuie și aici... planificare. Eu mi-am planificat nu numai activitatea, ci... și odihna. Nu fac noaptea zi... nici viceversa. Așadar... dorm neîntors — în medie — 7 ore. E suficient ! Și încă o precizare : merg la culcare cu cel puțin o oră înainte de miezul nopții. Dacă mă culc mai tîrziu... sînt obosit... casc toată ziua următoare. Dar somnul nu e totul ! „Odihna activă“ — cum spuneți voi, medicii — e la fel de importantă. Plimbările zilnice prin parc și pe străzile mai liniștite din cartier, excursia de la sfîrșitul săptămînii, o carte bună, un spectacol... toate astea mă reconfortează... mă odihnesc... mă bine dispun...

— Folosești somnifere, tranchilizante ?

— Ferească... ! N-am avut și sper să nu am nevoie ! Efortul din cursul zilei... oboseala plăcută produsă de scurta plimbare ce o fac după masa de seară... plus aerul curat din dormitorul meu... fac ca Moș Ene să vină foarte repede... Astea sînt somniferele mele. Nu-s sănătoase ?

— Și dacă totuși nu poți dormi ?

— Asta se întîmplă foarte rar. Atunci... citesc cîteva pagini vesele sau ascult muzică. O carte bună... cîteva acorduri melodioase... și un pahar cu lapte... înlocuiesc Diazepamul sau Ciclobarbitalul.

— Ce nu-ți place ? Ce te supără ?

— Nu-mi place să fiu bătut la cap ! Nu-mi plac... capetele pătrate... nici cei cu capul în nori. Mă supără acei cărora li s-au urcat fumurile la cap. Totuși... „inamicul meu numărul unu“ rămîne hipertensiunea arterială. Ea mă supără cel mai mult. Cînd aud de ea... amețesc... mă doare capul. Pentru că ea — hipertensiunea — produce accidentele vasculare cerebrale — paraliziile. Nu-mi plac nici stresurile... certurile... bîrfa... Ele mă nevrozează !

— Ești un optimist ?

— Nu știu ! În primul rînd sînt — sau încerc să fiu — echilibrat. Am învățat să plîng... ca să pot să rîd... la urmă. Încerc să mă bucur de viață... să văd viața în roz (deși eu sînt — cum bine se știe — cenușiu... în cea mai mare parte a mea). Gust o glumă bună... izvorîtă deopotrivă din inimă și din minte... Dacă asta înseamnă optimism... atunci... da ! Sînt optimist... incurabil.

— Ai fost îndrăgostit ?

— „Dragostea e ca pojarul : toți trebuie să trecem prin ea“ — spune Jerome K. Jerome. Și pentru că sînt mai multe boli contagioase — zic eu — și în dragoste ne putem „molipsi“ de mai multe ori. Totul e să nu-ți pierzi capul... uzul rațiunii.

— Ești un creier cu idei ?

— Întrebarea îmi amintește de o piesă a lui Ciprian... „Omul cu mîrțoaga“, în care există — ca personaj — „un om cu idei“. Da ! Idei... avem cu toții. Sigur că ideile geniale, ideile novatoare, ideile umanitare... lupta de idei... reprezintă apanajul creierelor deosebite... care asigură progresul, mersul înainte al omenirii și civilizației. Dar nici ideile noastre — ale creierelor obișnuite — nu sînt de lepădat.

Ele înseamnă productivitate... ele înseamnă noul... mai binele societății ! Totul e — zic eu — să nu ai idei... „la capac"... nici „idei fixe".

— Ce părere ai despre alcool ?

— Sînt împotriva beției... nu numai alcoolice, ci și a beției de cuvinte. Beau și eu... la „ocazii"... un pahar... două. Oameni sîntem ! Și apoi... pentru noi rodesc podgoriile și livezile. Un pahar în plus... mi se urcă la cap ! Îmbibat de alcool... nu mai sînt eu ! Nu mai știu ce fac... nu mai judec... nu mai sînt responsabil.

— Văd că ești în temă...

— Cum să nu ! Am participat la o masă rotundă cu tema „Efectul dăunător al alcoolului". Și am băgat la cap ! Nu vreau să fac polinevrită... nici *delirium tremens*. Am învățat că moderația... e valabilă și în cazul alcoolului.

— Te temi de concurența creierului artificial ?

— Nu ! Sincer nu ! Deși concurența lui mă obligă să mă reciclez mai des... din ce în ce mai des. Nu sînt un specialist, dar... sînt, relativ, bine informat. Știu — așadar — că cibernetica se dezvoltă în ritm amețitor. Apar noi și noi generații de computere. Ele mă depășesc — deocamdată — numai în privința vitezei. Aici, da ! Ce-i al lor... e-al lor ! Nu pot ține pasul. În ceea ce privește complexitatea... sînt încă mult în avans. Nu uita că eu reprezint milioane de ani de evoluție ! Că eu sînt izvor de creații artistice... de invenții și descoperiri. Că eu am conștiință !

— Asta deocamdată... dar în viitor ? Unde ajungem cu inteligența artificială ?

— Deocamdată... am auzit că sînt în pregătire, pe bandă, ca să zic așa, calculatoarele generației a V-a. Se spune că ele vor domina ultimul deceniu al secolului, depășind cele mai optimiste speranțe de randament și eficacitate. Reprezentînd o creștere exponențială a creativității umane, ele vor asigura o nouă generație — cea de a VI-a — generația calculatorului „molecular", destinată începutului de mileniu 3, ce se apropie cu pași repezi. Utilizînd structuri de enzime și proteine această nouă generație se va apropia mult de organizarea creierului. Și mai departe... va apărea cu siguranță un „calculator viu, cu o inteligență artificială vie". Nu ! Nu-ți citez din Asimov... nici din alt autor de literatură științifico-fantastică. Sînt lucruri ce s-au discutat și se discută — bineînțeles la un nivel mult superior — în congresele internaționale de cibernetică.

— Și totuși nu te temi de creierul artificial ?

— Nu ! Pentru că tot eu — vreau să spun — tot un creier — îl programează... îl dirijează... îl stăpînește... îl folosește pentru binele omenirii. Prin crearea lui — se va confirma încă o dată — că „ceea ce a fost odată doar imaginat poate fi dovedit". Pentru că inteligența noastră nu are limite !

— Să revenim la oile noastre... adică la creierul „natural". Există corelații între greutatea creierului și inteligență ?

— Așa zic unii ! Dar eu nu cred. Sînt — e drept — cîteva exemple izolate de oameni celebri, cu creiere depășind — cu mult — greutatea obișnuită. Adică greutatea de 1 300 grame. Bacon — de exemplu — avea un creier de peste 2 000 grame, ca și Turgheniev (la acesta din urmă greutatea „neto" era de 2 012 grame). Dar sînt și exemple... la polul opus.... Anatole France avea un creier de numai 1 017 grame — fără a fi mai puțin dotat. Gambetta a avut — și el — un creier mai ușor decît noi — creierele obișnuite — și totuși a devenit celebru ! Deci nu greutatea... ci conexiunile neuronale ar reprezenta adevărata valoare, substratul inteligenței. Mai vrei un argument ? Delfinii — pe care-i admiri în concediu la Constanța — au creiere mult mai grele ca ale omului. Înseamnă asta că sînt mai inteligenți ca noi ?

— Ce îți dorești ?

— Să fiu vesel, sănătos și înțelept. Și, legat de asta, știi ce a spus G. B. Shaw ?

— Nu ! Dar sînt curios să aflu. Te ascult !

— „Mens sana in corpore sano este o maximă prostească", — spunea marele dramaturg, continuînd : „Corpul sănătos este produsul unei *minți* sănătoase". Și eu sînt de acord cu el !

— Fiindcă a venit vorba de sănătate... mergi vreodată la doctor ?

— Pentru mine cei mai buni doctori din lume sînt cumpătarea, chibzuința, liniștea și buna dispoziție. Cu ajutorul lor pot evita — de multe ori — neurologul sau psihiatrul. Dar, dacă e cazul — merg la ei.

— O ultimă întrebare : de ce ne doare capul ?

— Asta este o întrebare care prin ea însăși poate genera dureri de cap. O întrebare care a dat multă bătaie de cap medicilor. De ce doare capul ? Din 1001 de motive ! Hipertensiunea arterială, spondiloza cervicală, tulburările de vedere, sinuzitele... sînt numai cîteva. Dar ajunge ! Altfel o să-i doară capul pe cititori. Și nu vreau asta !

EUGEN ALEXE
— medic primar —
doctor în medicină

PROVERBE... METAMORFOZATE

- Cîinele care latră nu mușcă... căci nu mai are timp.
- Capul „plecat", sabia nu-l taie... decît dacă se mai „reîntoarce".
- Cu o floare nu se face primăvară... cel mult o cucerire.
- Pisica blîndă zgîrîie... din prea multă afecțiune.
- Copilul cu mai multe moașe... are tot un singur ombilic.
- Ulciorul nu merge de multe ori la apă... dacă nu-i din material plastic.

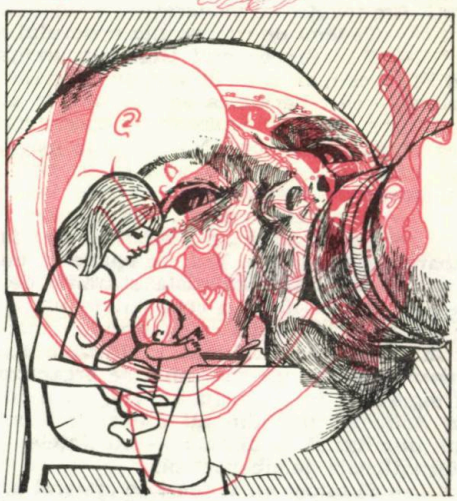
TITEL CANACHE

REPLICI LA... imperativ

- *A țipat un subaltern la șef... și de atunci a rămas fără voce.*
- *A țipat un chelner... și consumatorul a fost corect la plata bacșișului.*
- *A țipat o rîmă... și peștele i-a sărit în ajutor să o scoată din acul undiței.*
- *A țipat un arbitru... și jucătorii i-au arătat cartonașul... cu prăjituri.*
- *A țipat un șoarece... și pisica i-a promis că îl va înfia.*
- *A țipat un greiere... și furnica s-a înscris la conservator.*
- *A țipat o secretară... și directorul său a implorat-o să-i acorde o „audiență".*
- *A țipat Scufița Roșie... și lupul s-a lăsat de „povești".*
- *A țipat Ileana Cosînzeana... și Făt-Frumos s-a dus să spele vasele.*
- *A țipat Julieta... și Romeo a început să-i facă respirație artificială, „gură la gură".*

TITEL CANACHE

ANEMIA carențială la copil



Carența de fier, conform datelor estimative ale O.M.S., este cea mai frecventă carență nutrițională de pe glob, fiind totodată cea mai importantă cauză de anemie la toate vîrstele.

Necesarul mare de fier în copilărie (1 mg/kilocorp/zi), conținutul redus în fier al alimentației lactate (0,5 mg/l — laptele de vacă, 1 mg/l — laptele de mamă), frecvența mare a bolilor diareice și a parazitismului intestinal, ce scad rata de absorbție și cresc pierderea de fier, fac ca mica copilărie (0—3 ani) să fie deosebit de vulnerabilă în ceea ce privește carența de fier. Rezervele de fier, constituite prenatal, protejează sugarul mic, în primele sale 4—6 luni de viață, de carența de fier. În consecință, vîrsta de obicei afectată este cea cuprinsă între 6—36 de luni, grupele cu risc sporit pentru carența de fier fiind : prematurii, gemenii, sugarii marilor multipare, copiii cu boli diareice recidivante, parazitoză intestinală sau cu sîngerări repetate, puberele.

Frecvența carenței de fier în copilărie se estimează la 29—68% din copiii cu vîrsta de 6 luni—24 de luni, mai mare în mediul rural decît în cel urban (65,9% comparativ cu 39,7%). Anemia prin deficit de fier (anemia feriprivă), expresia formelor manifeste de carență de fier, afectează 7,7 — 25% din copiii vîrstei amintite și reprezintă aproape 90% din totalul anemiilor copilăriei.

Condiţiile care intervin în determinismul anemiei feriprive sînt :

— insuficienţa rezervelor de fier la naştere (prematuritatea, gemelaritatea, multiparitatea mamei, legătura precoce a cordonului ombilical, hemoragiile neonatale) ;

— carenţa de aport (alimentaţia diversificată tardiv şi incorect, carenţă în proteine animale, alimentaţie cu exces de făinoase, lactovegetarianism) ;

— tulburarea de absorbţie a fierului (diaree trenantă, inflamaţie cronică intestinală) ;

— pierderile crescute de fier (hemoragii masive sau repetate, parazitoze intestinale) ;

— necesarul crescut (prematuritate, gemelaritate, pubertate ş.a.).

Semnele de manifestare ale anemiei feriprive sînt în general puţin zgomotoase, ţinînd pe de o parte de anemie (paloare, oboseală fizică şi intelectuală, tahicardie, leşin), pe de alta de carenţa de fier din : ţesuturi (piele uscată, descuamată, ragade la comisuri, unghii friabile, inapetenţă, iritabilitate, scăderea atenţiei şi a coeficientului intelectual, tulburări de creştere ş.a.).

Confirmarea diagnosticului este uşoară : ea se realizează printr-o simplă hemogramă ce evidenţiază scăderea discrepantă a hemoglobinei cu scăderea proporţional mai redusă a numărului de hematii şi a hematocritului ; scăderea fierului seric este un argument important.

Anemia carenţială are un răsunet nefavorabil asupra stării de sănătate : ea interferează cu procesul de creştere, scade capacitatea de efort fizic şi randamentul intelectual, reduce posibilităţile de apărare împotriva infecţiilor ş.a. De aceea, ea trebuie recunoscută şi tratată din timp ; mai mult decît atît, cunoscînd condiţiile ce o favorizează, trebuie prevenită.

Măsurile de prevenire, eşalonate în timp, sînt :

— *prenatal :* dietă echilibrată a gravidei, cu aport suficient de proteine animale şi profilaxia naşterilor premature ;

— *perinatal :* legătura tardivă a cordonului ombilical şi poziţionarea declivă a fătului în momentul naşterii ;

— *postnatal :* încurajarea alimentaţiei naturale, laptele de mamă conţinînd un fier cu utilizare foarte bună ;

  — preferarea, la copiii alimentaţi artificial, a preparatelor de lapte pulbere, eventual a celor cu conţinut îmbogăţit de fier ;

  — evitarea excesului de lapte de vacă şi a excesului de făinoase ;

  — suplimentarea medicamentoasă a fierului la grupurile de copii cu risc (prematuri, gemeni, dismaturi etc.).

La cei cu anemia instalată, se recomandă ca măsuri terapeutice curative :

— corectarea deficienţelor nutriţionale (restricţia laptelui de vacă la 500—600 ml/zi, evitarea excesului de făinoase, corectarea greşelilor de diversificare, asigurarea aportului adecvat de proteine animale) ;

— tratamentul medicamentos cu preparate de fier ; calea de elecţie este cea orală, asigurată prin săruri feroase (Feronat, Ferglurom, Glubifer), în doză de 4—6 mg/kilocorp/zi, pe o perioadă prelungită, de luni de zile (după normalizarea hemoglobinei încă 1—2 luni) ; în situaţiile de excepţie (anemie severă, boli digestive asociate, intoleranţa preparatelor administrate pe gură), se recurge la tratamentul injectabil cu săruri ferice (fier polimaltozat), necesarul de medicament fiind calculat în funcţie de gravitatea anemiei ;

— tratamentul afecţiunilor asociate : parazitoze intestinale, boli diareice, infecţii repetate, sîngerări etc.

Tratamentul complex, sub raportul măsurilor dietetice şi medicamentoase, asigură în mod constant vindecarea, evitînd complicaţiile uneori redutabile ale bolii.

Dr. Margit Şerban
Clinica I Pediatrie
I. M. Timişoara

HIPOMAGNEZIEMIA

ASPECTE ȘI IMPLICAȚII

Magneziul, ca și alți electroliți ai organismului uman, are un rol important în reglarea unor funcții biologice, motiv pentru care este considerat unul din elementele esențiale ale vieții.

În organism, magneziul prezintă unele funcții importante, dintre care menționăm pe acelea de activator al anumitor enzime și de participare la biosinteza acizilor nucleici. De asemenea, magneziul are rol în permeabilitatea membranelor, cît și în starea de excitabilitate neuromusculară.

Aportul zilnic de magneziu necesar este de 0,2—0,3 g, cu excepția perioadei de creștere și graviditate, cînd cantitatea de magneziu trebuie crescută.

Carența de magneziu poate fi produsă în primul rînd prin lipsa de aport alimentar sau, cînd aportul este normal, prin tulburări de absorbție intestinală, cum ar fi sindromul de malabsorbție, sau prin alcoolismul cronic. Hipomagneziemia se întîlnește și după administrarea excesivă sau prelungită de diuretice, mai ales a celor mercuriale, sau de laxative, de medicamente psihotrope, corticoizi, contraceptive sau unele antibiotice. De asemenea, poate apărea în anumite stări patologice însoțite de febră, transpirații sau tahipnee (respirație cu frecvență crescută), precum și în diskineziile biliare, intestinale, în unele afecțiuni endocrine : hipotiroidism, hiperaldosteronism, diabet.

Consecințele deficitului de magneziu sînt evidente în afecțiunile cardiovasculare, în spasmul coronarian și în special în infarctul miocardic, în strînsă corelație patogenică cu scăderea timpului de coagulare și creșterea adezivității trombocitare, precum și în unele afecțiuni respiratorii de tip alergic, cum ar fi în boala astmatică.

Important de semnalat este faptul că hipomagneziemia poate induce o stare de severă hipocalcemie, rezultatul fiind apariția unor sindroame de spasmofilie. Aceste cazuri speciale de spasmofilii hipocalcemice, induse prin carență de magneziu, merită să fie cunoscute, deoarece răspunsul bolnavilor la o terapie numai cu calciu poate rămîne fără rezultat, singurul tratament eficient fiind sărurile de magneziu. Se administrează în doze adecvate sulfat de magneziu 20%, i.m. (intramuscular), i.v. (intravenos) (foarte lent) sau *per os* (pe gură). Pot beneficia de un astfel de tratament patogenic bolnavii cu sindroame convulsive, în special în convulsiile neonatale.

În timpul nașterii, este cunoscut faptul că magneziul seric poate scădea, avînd drept urmare instalarea fenomenelor spastice. La prematuri, întîlnim starea de hipomagneziemie ca o consecință firească a deficitului matern, aceasta putînd fi una din cauzele nașterilor premature, motiv pentru care se preconizează instituirea unui tratament profilactic cu săruri de magneziu.

Urmărindu-se concentrația de magneziu la unii bolnavi care aveau o concentrație a calciului în limite normale, dar magneziul prezenta valori scăzute, s-au constatat frecvent simptome de anxietate, tulburări neurovegetative, cefalee, precum și reflex rotulian exagerat. Un important criteriu de eficiență a tratamentului cu magneziu este diminuarea, pînă la absență, a reflexului rotulian.

Administrarea unei terapii cu săruri de magneziu a condus la reducerea recidivelor de urolitiază cu oxalat de calciu, prin creșterea capacității de inhibare a cristalizării din urină. Terapia cu magneziu este deci indicată și în tratamentul calculilor căilor urinare, în doze terapeutice, fără a prezenta riscul unor acțiuni secundare.

Participarea magneziului la unele procese biologice vitale conduce la o reconsiderare terapeutică a acestui element esențial pentru organismul uman.

Dr. ALIN BÂCLEȘANU
CLUJ-NAPOCA

EPIGRAME

UNUI ADEPT AL LUI BACHUS

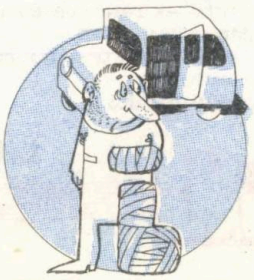
În spital cînd a intrat,
Ca să-şi facă un control,
Diagnostic i s-a dat :
„Ceva sînge, mult alcool".

UNUIA CARE ACHIZIŢIONEAZĂ MEDICAMENTE DUPĂ SFATUL PRIETENILOR

Pe X, de-un timp îl preocupa
Ideea de-aşi face farmacie mare,
Cu hapuri ce le achiziţiona
Nu după trebuinţă, ci după culoare.

UNUI MEDIC CONDUCĂTOR AUTO

Obsedîndu-l o problemă,
La volan n-a fost atent
Şi-i trecut acum în schemă,
Pe un post de ... pacient.



FAMILIALĂ

La tribunal s-a afirmat
Că la morală-s tributari,
Ea c-un Alfa-Romeo s-a-ncurcat,
Iar el c-o Grasă de Cotnari.

UNUI FUMĂTOR PASIONAT

Trăgînd pipă după pipă,
Din bani a făcut risipă,
Iar medicii au stabilit
Că şi ani şi-a risipit.

I. Potâng

Mic dicționar Medical

Maternitate — izvorul vieții.
Pachet de țigări — cancer ambalat
Piele — ambalajul corpului.
Masa de operații — răscruce de drumuri.
Chirurg — depanator uman.
Bisturiu — cuțit care taie cu consimțămîntul pacientului.
Ghips — corsetul oaselor.

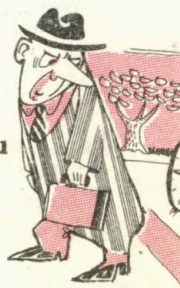
I. Potâng

CULMI UMORistice

- **Să-i soliciți doctorului cardiolog o radiografie din care să-ți citească... trecutul, prezentul și viitorul.**
- **Să-i spui medicului consultant că nu ai scaun, iar acesta, politicos... să-ți ofere unul.**
- **Să te angajezi funcționar la un Birou de mișcare, spre a nu mai duce... o viață sedentară.**
- **Să faci regulat naveta cu cursa București-Ploiești, deoarece medicul ți-a recomandat... plimbări cît mai lungi.**
- **Să-l întrebi pe medicul care ți-a recomandat să dormi o oră după masă, dacă nu ar fi mai bine să dormi în pat...**
- **Să te înscrii imediat la cursurile de pompieri voluntari pe motiv că cineva ți-a spus că... îți scapără mintea.**
- **Să-l rogi pe medicul radiolog să-ți dea o halbă de barium, deoarece prima ți-a plăcut foarte mult.**
- **Să-ți pui cu regularitate termometrul pentru a te convinge dacă într-adevăr te-ai înfierbîntat... după EA.**
- **Să-i soliciți medicului un consult general pentru a putea constata de unde îți sare... țandăra.**
- **Să te miri că deși ai depășit suta de kilograme, la serviciu ți se spune că ești... destul de slab.**

Ing. I. NEGREANU
Membru al Clubului Epigramiștilor „Cincinat Pavelescu"

COMPRIMATE



Unui chiulangiu

O zi vine la servici,
Următoarea, nu se știe,
Diagnosticul aici,
E o gravă... aritmie.

Unuia veșnic tînăr

De anii care-i sînt tirani,
A început să se ferească
Și cei șaizeci, de șapte ani,
N-avu curaj să-i
împlinească !

Unei asistente medicale

De cîte ori am vrut a-ți
spun
Cînd îmi ieșeai superbă-n
cale
Că sufăr de-o afecțiune,
... pentru ființa dumitale !

OZN-uri

Fiind profund interesat,
Un gurmand a întrebat :
„Farfuria zburătoare"
O fi plină cu mîncare ?

Unuia care preferă o viață sedentară

Sedentar de zile lungi,
Să te-ntreb ceva ad-hoc :
Cum vrei suta s-o ajungi,
Cînd tot timpul stai pe loc ! ?

Ipohondrie

Cînd i-am spus că-i dulce
tare
Mi-a răspuns c-un gest
cochet
„Vai de mine ! Nu am, oare
Început de diabet ?..."

Fumatul

Fumatului, cu-nalte cote,
Chiar împotrivă dacă-i sînt,
Rămîn același Don Quijote,
Ce se lupta cu mori de vînt.

Unui imprudent

Sănătatea-și risipește,
Cu exces de dărnicie,
Pe motiv că se găsește,
Cită vrei la... farmacie !

Ing. I. NEGREANU
MEMBRU AL CLUBULUI EPIGRAMIȘTILOR
„Cincinat Pavelescu"

UMOR

PILULE stomatologice

— Eu, nu-nțeleg, de ce vă plîngeți !
Măseaua cînd e compromisă,
Să nu vă fie frică : strîngeți
Din dinți, cu gura larg deschisă.

— Cînd vii ca să-ți refaci dantura,
Ce stai așa posac și flasc ? !
De ce nu caști odată gura ?
— Păi, nu mi-ați spus ... la ce s-o
casc !

VERIFICAREA FEBREI

— Ți-am pregătit, micuțul mamei
Petru,
O baclava. Dar mama vrea să vadă
Întîi, de-a coborît și termometru'....
— A coborît, mămico, e în stradă !

LA SĂRBĂTORIREA A 99 DE ANI

Eu sper și vara viitoare
Să pot veni, cînd faci o sută !
— Prea bine, tinere ! Se pare
Că sănătatea te ajută !

Prof. CONSTANTIN-AUREL DRAGODAN
Membru al Clubului Epigramiștilor
„CINCINAT PAVELESCU"

Ce trebuie să știm despre MICOZELE UNGHIILOR de la MÎINI și PICIOARE

Dr. I. COJOCARU
Șeful laboratorului de micologie
al Centrului Dermato-Venerologic București

În „Almanahul Sănătății" din anul precedent arătam posibilitatea ca pielea omului să fie atacată de unele ciuperci patogene, precum și principalii factori care favorizează producerea și întreținerea unor micoze ale pielii și mucoaselor.

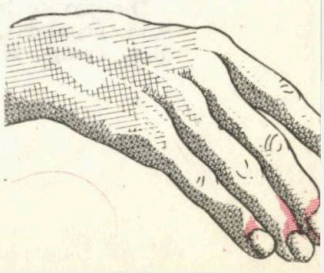
Ciupercile patogene pot ataca și unghiile picioarelor sau mîinilor, provocînd boala numită *onicomicoză*, adică o micoză a unghiilor. Există două tipuri principale de ciuperci patogene și, în funcție de apartenența ciupercii la unul din aceste tipuri, se produc și leziunile.

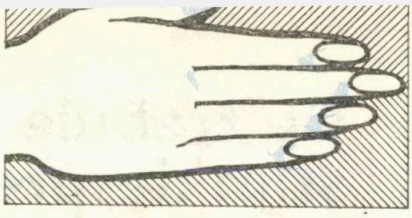
Unghiile invadate de *dermatofiți* prezintă următorul aspect : pe măsură ce unghia este invadată de ciuperca în cauză, ea devine mai mată într-un colț al ei, la marginea liberă capătă o culoare gălbuie sau cenușie, se îngroașă sau se subțiază cu timpul și, treptat, se dezlipește de patul ei. Invadarea, bucată cu bucată, se face uneori pînă aproape de rădăcină. Dedesubtul unghiei se adună un material sfărîmicios, gălbui, ca măduva de soc. După cîțiva ani unghia poate fi atacată în întregime, se poate rupe și cădea, parțial sau total.

Dacă nu se iau măsuri procesul se poate întinde și dura ani de zile, cuprinzînd o parte sau chiar toate unghiile picioarelor și mîinilor.

Fiind nedureroasă, de cele mai multe ori, onicomicoza este adesea neglijată, deși face ca unghiile să capete un aspect mult modificat față de unghia normală. Această boală poate constitui un permanent focar de infecție, atît pentru bolnavul respectiv, cît și pentru cei din jurul său.

Chiar și numai o unghie atinsă de ciupercă poate întreține timp îndelungat o epidermofiție a picioarelor sau alte leziuni pe piele la cel în cauză, la membri ai familiei sale sau la persoane din colectivitatea în care trăiește bolnavul. De aceea, orice unghie al cărui aspect se îndepărtează de la cel normal trebuie examinată de medicul specialist dermatolog și tratată.





Ciupercile din grupul *Candida*, între alte localizări pe piele sau mucoase, se pot fixa și la degete, îndeosebi la cele ale mîinilor, inițial provocînd leziuni în jurul unghiilor, ulterior atacîndu-le și pe acestea.

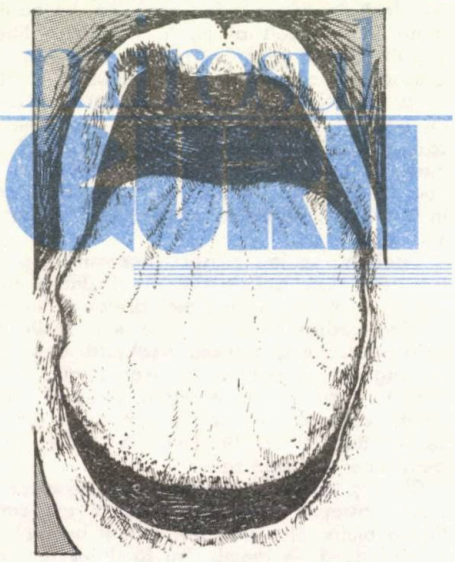
Pielea din jurul uneia sau mai multor unghii de la mînă devine roșie, crăpată, porțiunea respectivă se umflă, e dureroasă, iar prin apăsare pot apărea uneori picături de puroi. Cu timpul sînt prinse și unghiile respective, începînd de la baza lor. Ele își schimbă culoarea, devenind gălbui sau verzui, uneori chiar brune, mai ales la margini, și încep să se desprindă de patul lor. Într-o fază mai înaintată apar pe unghii găuri sau șanțuri, care fac ca acestea să nu mai fie netede și regulat curbate.

Leziunile unghiilor și cele din jurul unghiilor *(onixis și perionixis)*, provocate de *Candida*, se întîlnesc mai frecvent la persoane cu ocupații menajere, ale căror mîini stau un timp mai îndelungat în umiditate.

Spre deosebire de dermatofiți, categoria de ciuperci la care ne-am referit la început, care atacă mai ales unghiile picioarelor și mai rar pe cele ale mîinilor, ciupercile din grupul *Candida* le întîlnim cu precădere la unghiile mîinilor și, foarte rar, la cele de la picioare. În plus, unghiile atacate de dermatofiți prezintă – cum am mai arătat – primele leziuni la marginea liberă a unghiei, nu la cea laterală, iar durata de evoluție a bolii este mai lungă.

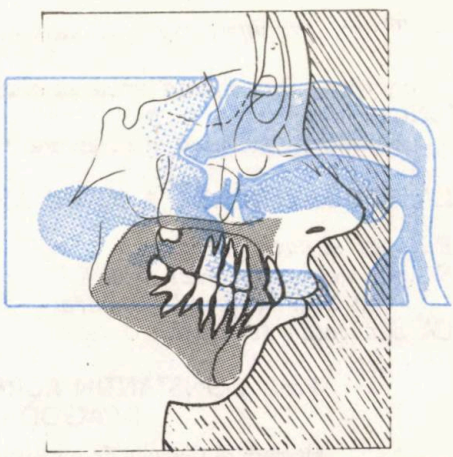
De fapt, aceste detalii vor ajuta pe medicul specialist în stabilirea diagnosticului și indicarea tratamentului.

Referitor la tratamentul onicomicozelor este bine ca bolnavul să știe că el durează mult timp. Vindecarea necesită de cele mai multe ori între 6 și 12 luni de tratament cu *Griseofulvină*, administrată pe gură, în cazurile provocate de dermatofiți, dar numai la indicația și sub supravegherea medicului. Uneori este utilă și extirparea chirurgicală a unghiei. Atunci cînd leziunile sînt determinate de *Candida*, tratamentul este local, cu diferite medicamente antimicotice, cum ar fi *Stamicin, Clotrimazol, Pimaricin* etc., dar numai cu recomandarea medicului. Bolnavul va trebui să-și ferească mîinile de umezeală cel puțin 2–3 luni, cît durează tratamentul, în acest timp folosind, pentru ocupațiile menajere, un rînd de mănuși de bumbac și, pe deasupra, mănuși de menaj.



Motiv destul de des întîlnit, presant, pentru care multă lume, în special suferinzii de afecțiuni digestive, se adresează medicului.

Dincolo de latura stînjenitoare, neplăcută, problema, din punct de vedere medical, comportă însă o însemnătate sporită, după cum vom vedea. În general mirosul neplăcut al gurii ne divulgă o manifestare în legătură cu îmbolnăvirea unui organ digestiv. Sînt totuși unele cazuri, reduse ca număr, cînd *halena fetidă* (respirația rău mirositoare) se datorește unor îmbolnăviri ale aparatului respirator, care „poluează", astfel, aerul expirat. În această categorie, pe primul plan se situează inflamațiile cronice ale mucoasei nazale *(ozena*, de exemplu). Mai des decît ozena, fetiditatea halenei e pusă în legătură cu o afecțiune pulmonară (abces pulmonar, gangrenă pulmonară, bronșiectazie).



Cauze

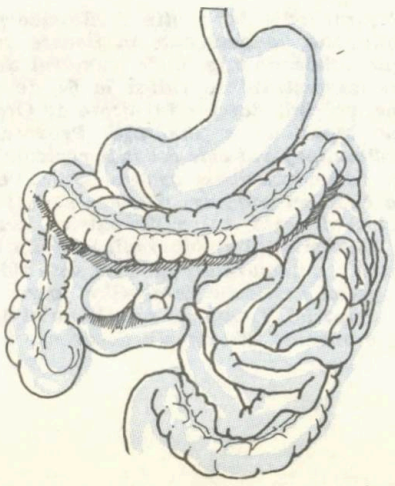
În ordinea frecvenţei de cauzalitate a mirosului „cronic urît" din gură, pe primul loc se situează cei suferinzi de afecţiuni respiratorii, cărora le urmează grupa suferinzilor de boli digestive : gură, stomac, dar, mai ales, intestine...

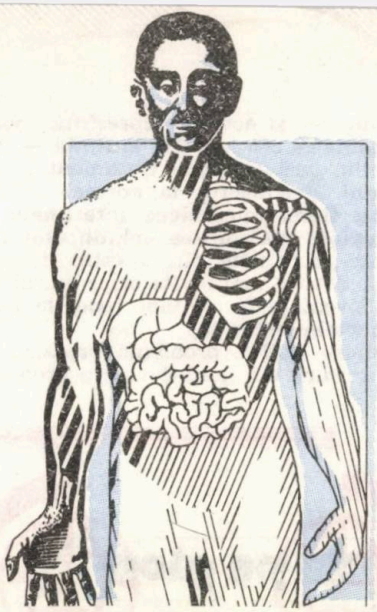
Mirosul urît de origine bucală se poate datora, în primul rînd, unei *stomatite* (inflamaţia mucoasei bucale), caracterizată prin formarea unor mici băşicuţe numite *afte—stomatita aftoasă ;* alteori cauza e o îmbolnăvire a amigdalelor, mai ales supuraţiile şi ulceraţiile acestora. Cel mai des însă mirosul urît din gură se datoreşte *cariilor dentare, supuraţiilor alveolo-dentare, inflamaţiilor cronice* ale gingiilor din jurul dinţilor, provocate de prezenţa pietrei *(a tartrului dentar),* această categorie de halenă fetidă dovedindu-se a fi şi cea mai „rebelă" la toate tratamentele.

În fine, mirosul urît al gurii se mai poate datora şi măririi disproporţionate a papilelor de la baza limbii. Aceste mici cratere fac posibilă reţinerea unor resturi alimentare mici, care se descompun şi produc miros urît.

Mirosul din gură de origine stomacală trebuie pus pe seama inflamaţiilor cronice ale mucoasei stomacale *(gastrita cronică),* modificărilor în secreţia chimică a stomacului, în sensul unei *hiperaciditâţi,* dar mai ales acela al unei *hipoaciditâţi.* Toate acestea duc, în final, la constituirea unui miros cronic din gură, prin tulburarea digestiei alimentelor din stomac. În evoluţia *ulcerului de stomac,* mirosul din gură e rar ; mult mai frecvent se găseşte prezent la bolnavul de *cancer stomacal.* Aproape întotdeauna însă e prezent la bolnavii ajunşi în stadiul de stenoză pilorică, cînd alimentele, nemaiputînd să treacă în intestin, rămîn în stomac, se descompun şi exală un miros urît.

Mirosul urît din gură, datorit intestinului, trebuie pus în legătură cu extrem de bogata floră pe care o găzduieşte acesta. În intestin alimentele sînt transformate





într-un pireu lichid, care suferă două procese digestive importante : *fermentaţia* şi *putrefacţia.* Ambele, se înţelege, sînt producătoare de gaze ; o parte, cea mai mare, este treptat evacuată. Cînd fermentaţiile sau putrefacţiile sînt exagerate din anumite motive, gazele se acumulează în exces şi nu mai pot fi evacuate complet. Parte din ele sînt absorbite de mucoasa intestinală, pentru ca să treacă apoi în sînge, de unde se exală prin... mucoasa pulmonară. Aceste gaze exalate sînt mirositoare, în sensul rău, ele constituind *halena fetidă,* motivul pentru care bolnavul vine să ne consulte.

Nici celelalte organe digestive nu sînt de iertat în etiologia halenei fetide. Astfel, în digestia intestinală intervin foarte serios *ficatul,* care îşi expediază bila (fierea), şi *pancreasul,* care îşi trimite sucul pancreatic. Absenţa bilei sau a sucului pancreatic determină tulburări în digestia intestinală, iar o digestie incompletă poate constitui factor de exacerbare (intensificare) a fermentaţiilor şi putrefacţiilor intestinale.

În ce constă tratamentul

Gargarismele şi pensulaţiile cu diferite soluţii nu sînt decît mijloace accesorii în tratamentul halenei fetide.

Soluţionarea e direct legată de *aflarea cauzei.* Dacă este vorba de o afecţiune nazală sau pulmonară, aceasta va trebui tratată. Dacă însă acestea se exclud, pe primul plan se vor situa tratarea cariilor şi extragerea rădăcinilor tuturor dinţilor infectaţi, tratarea amigdalitei etc.

Dacă mirosul din gură ţine de o afecţiune stomacală, se procedează la tratarea acesteia. Mulţi vor constata, astfel, că după un regim şi tratament organizat, mirosul din gură dispare.

În fine — și aceasta reprezintă poate eventualitatea cea mai des întîlnită —, mirosul din gură pretinde tratamentul intestinului. Readucerea la normal a polinomului florei microbiene intestinale, cu alte cuvinte restabilirea echilibrului fermentație-putrefacție din intestin, face să dispară, de cele mai multe ori, mirosul din gură, dovedit a fi cel mai rebel la toate tratamentele instituite.

Privind-o astfel, problema presantă a mirosului urît din gură devine o problemă complexă, halena fetidă încetînd să mai fie un „defect" pe care îl prezintă, întîmplător, mulți indivizi. Ea devine astfel un simptom al unei sume de boli, care trebuie să fie descoperite și tratate la timp.

Numai depistînd boala sau bolile care stau la bază și tratîndu-le ca atare, ușurăm pacientul de penibila „infirmitate" (de ordin senzorial), care este „mirosul neplăcut din gură".

DR. MIHAI MATEICIUC

·de pe glob·

Premieră medicală

Contrôlul ecografic al unei gravide dintr-un oraș texan din Statele Unite i-a pus pe medici în stare de alarmă : fătul, de 5 luni, suferea de o gravă malformație a rinichilor și a vezicii, iar sacul amniotic nu avea lichid. Practic, în aceste condiții, copilul nu mai avea nici o șansă de a se naște viu. Existau două alternative : fie un avort forțat, fie o operație în premieră — extragerea copilului din pîntecul mamei, intervenția chirurgicală pentru corectarea obstrucției complete a căii urinare și implantarea înapoi a fătului în uterul mamei, pentru a fi născut la vremea cuvenită. Medicii au ales a doua alternativă. Intervenția a reușit, copilul a fost „reașezat" în mamă și după 4 luni mama a născut prin operație cezariană. În prezent copilul se dezvoltă normal.

Metodă nouă în tratarea arsurilor

La Centrul Unional din cadrul Institutului de Chirurgie din Moscova se practică o nouă metodă de tratare a arsurilor și rănilor, cu ajutorul unor instalații aeroterapeutice, ceea ce permite reducerea duratei tratamentului bolnavilor și salvarea de la moarte a pacienților cu traume puternice, de mare suprafață. În timpul tratamentului porțiunile arse de pe corpul bolnavului sînt deschise. Nu sînt folosite nici pansamente, nici fețe. Rolul acestora este preluat de niște capsule ermetice din folii de polietilenă de vinil, racordate la o instalație care introduce spre părțile afectate aer steril încălzit. Durata tratării arsurilor este de 1,5—2 ori mai mică decît în cazul tratamentului prin metodele tradiționale.

Efecte ale alcoolului

Consumul de alcool, excesiv și de durată, de către bărbați are și alte efecte dăunătoare care nu erau cunoscute pînă acum : mărește pericolul unui atac de inimă și reduce nivelul hormonilor sexuali. Cercetători din Chicago, care au efectuat un studiu asupra a 72 de bătrîni, au ajuns la concluzia că cei ce au băut mult alcool au un nivel mai scăzut de testosteron și sînt mai expuși la riscul unui atac cardiac decît colegii lor nebăutori.

Metode noi

Cardiologul iugoslav Mihajilo Vucinic a pus la punct un aparat pentru răcirea locală a inimii, fapt ce permite ca acest organ vital să nu sufere nici un fel de daune în timpul celor mai complexe și îndelungate operații. Răcirea inimii în timpul operației și lărgirea valvelor cu ajutorul unui balon, metodă folosită de Institutul de Boli Cardiovasculare din Belgrad, face ca această intervenție atît de complicată să devină o operație de rutină.

Statistică

Pojarul [rujeola] continuă să ucidă peste 2 milioane de persoane, în fiecare an, în țările subdezvoltate, unde numărul de cazuri înregistrate se ridică la 67 de milioane, potrivit datelor furnizate de Organizația Mondială a Sănătății. Provocat de un virus, pojarul este cel mai periculos din șase boli contagioase asupra cărora O.M.S. și-a axat un program de vaccinare, incluzînd și difteria, tusea convulsivă, tetanosul, poliomielita și tuberculoza. Rata mortalității, ca urmare a pojarului, este ridicată în special în rîndurile copiilor foarte mici și subnutriți. Tetanosul se află pe al doilea loc, provocînd 800 de mii de decese pe an.

Tratament

La stațiunea balneară sovietică Soci, de pe litoralul Mării Negre, se recurge la lumina solară concentrată pentru tratarea afecțiunilor țesuturilor osos și muscular, ale sistemului nervos periferic, ale pielii, aparatului auditiv și laringelui. În acest scop se utilizează reflectoare solare speciale, care funcționează continuu sau prin impulsuri. Un astfel de reflector are montate 200 de oglinzi, ale căror unghiuri de înclinare au fost dinainte determinate. Razele reflectate sînt focalizate la o distanță de 30 m de reflector și dirijate spre locul unde se află pacientul. Intensitatea radiației astfel focalizată este de 20 de ori mai mare decît a unei raze solare directe.

Virus

Cercetătorii americani de la Universitatea Harvard au reușit, pentru prima oară, să obțină în laborator o cultură a virusului uman responsabil de apariția hepatitei-B, boală a ficatului deosebit de gravă. Încercările de a obține acest virus durează de mai mulți ani, iar reușita este considerată drept o importantă etapă în cercetările asupra hepatitei-B, după această fază putîndu-se trece la testarea de medicamente împotriva infecțiilor generate de acest virus. Virusul hepatitei-B este considerat un factor favorizant al apariției majorității cancerelor hepatice.

Usturoiul, agent anticanceros

Potrivit rezultatelor unor cercetări efectuate de oameni de știință chinezi, usturoiul are un rol efectiv de agent anticanceros. Cercetătorii de la Colegiul Medical Shandong, Institutul de Cercetări Chimice Jinam și Colegiul Medical din Beijing au ajuns la concluzia că usturoiul provoacă blocarea procesului de sinteză a nitrosaminei, o substanță care se crede că stimulează extinderea cancerului. Cercetările oamenilor de știință chinezi confirmă o serie de teorii științifice care subliniau rolul de agent anticanceros al usturoiului.

Aparat pentru depistarea cancerului de sîn

La New York a fost prezentat un nou aparat medical destinat depistării precoce a cancerului de sîn. Aparatul, denumit „Somaneties Invos Sistems", se bazează pe examenul optic spectroscopic asupra țesuturilor vii. El măsoară și analizează compoziția chimică a țesutului mamar, fără a mai fi nevoie de incizii, radioscopii sau grafii. Rezultatul analizelor apare pe ecranul unui computer. În cursul unei analize aparatul efectuează 3 500 de măsurători. Dacă detectează unele schimbări față de cotele normale, modificări ce arată că ar putea surveni creșteri ale țesutului de natură canceroasă, aparatul alertează medicul curant, cuantificînd factorii de risc.

I. Murgan

MĂRTURII DESPRE ÎNCEPUTURILE FARMACIEI ROMÂNEȘTI

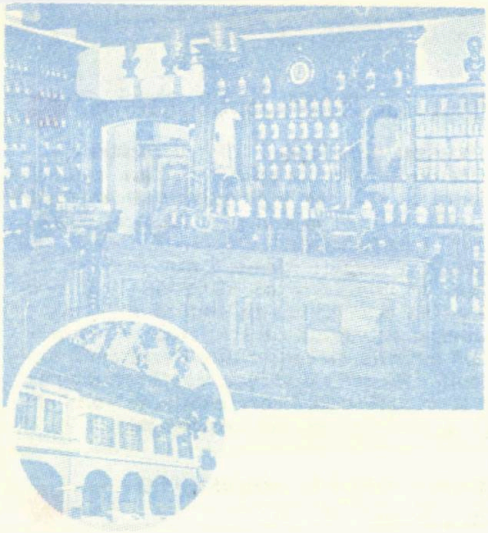
Ne aflăm într-un pitoresc oraș turistic, cu ziduri vechi de cetate, unicate arhitecturale bine conservate și puse în valoare, una din cele mai vechi cetăți culturale ale țării : Sibiu. Parfum de epocă, forfotă estivală.

Cu harta în mînă, descoperim, rînd pe rînd, vechiul centru al orașului : strada Cetății, cu zidul vechi de apărare, turnurile archebuzierilor, olarilor, dulgherilor, impunătoarele case din Piața Republicii — fosta piață mare a orașului — sau cele din Piața „6 Martie" — fosta piață mică — toate atent restaurate, în culorii vii, cu porți grele, boltite, amintind un crîmpei din secole trecute.

Dominată de „podul metalic" și pasajul subteran — folosite adesea de cineaștii noștri în filmările „de epocă" — Piața „6 Martie" ne surprinde prin pitorescul caselor datînd din secolele al XV-lea — al XVI-lea, înglobate într-un tot unitar greu de găsit în alte orașe medievale europene.

Aici, la numărul 26 — o clădire cu un singur cat, cu o logie deschisă, sprijinită pe piloni groși, legați în arcade largi, odihnitoare — se ascunde unul din rarele muzee ale țării : *Muzeul farmaciei.* Locul nu este ales la întîmplare : în această casă a funcționat, aproape fără întrerupere din anul 1568, una din famaciile orașului.

Dealtfel, Sibiul consemnează documentar, încă din anul 1494, prima farmacie din



țară, găzduită într-o clădire aflată pe locul actualului palat Brukenthal.

Constituită din două încăperi dosnice, receptura și laboratorul, legate de ceea ce îndeobște se numește „farmacie", adică „oficina" — camera oficială de la intrare —, printr-un mic coridor, menit a delimita, „strategic și tactic", partea accesibilă publicului, de tainele adăpostite de laboratoare, acest lăcaș are la bază structura vechii farmacii clasice. Transformat la 30 decembrie 1972 în „Muzeul farmaciei", oferă turistului o raritate muzeistică, numărîndu-se printre puținele muzee de acest fel din lume.

În dulapurile ce tapetează, cu căldura lemnului și sobrietatea profesiunii exercitată cîndva aici, pereții farmaciei, așezate după vechimea materialului din care au fost făcute, stau aliniate vase cu capace din lemn, sticlă, faianță, cu inscripții latinești, menite a complexa nu numai pe cetățenii urbei din secolele al XV-lea — al XVI-lea, dar în egală măsură și pe vizitatorul zilelor noastre.

Balanțe frumos ornamentate, de mare precizie și astăzi, stau alături de mojare de aramă, de mărimi neobișnuite sau de altele mai mici, de diferite forme, din bronz sau aramă.

Într-un colț — dulapul medicului Andreas Teutsch, datat 1703, făcînd trecerea spre coridorul transversal despărțitor, unde sînt expuse truse chirurgicale, oftalmologice din secole tecute, alături de un interesant flacon rotund din fier, destinat păstrării tincturilor, ce datează din secolul al XVII-lea.

Sala de laborator, nu prea mare dealtfel, este ticsită cu recipienți și retorte de diverse mărimi și destinații, o instalație de distilare, malaxoare pentru amestecul drogurilor, o presă de tabletat din secolul al XVII-lea, pusă față în față cu o sobă „mai modernă", datînd din secolul al XIX-lea, un tocător și prese pentru plante, cuțite speciale pentru tăierea ierburilor etc. Într-o mică vitrină — diverse rețete complicate, pentru a căror preparare cu greu s-ar găsi astăzi vreun amator, cu atît mai puțin pentru consumarea preparatelor...

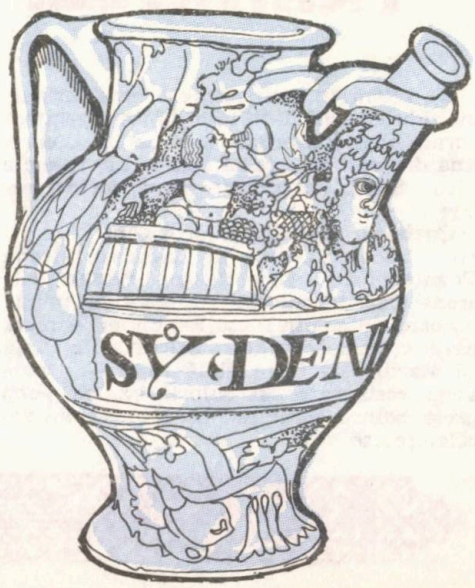
În vechea „receptură" se află o expoziție de homeopatie, cu tot felul de flaconașe minuscule, pline cu diverse preparate „miraculoase".

După cum se știe, homeopatia a cunoscut în Franța sfîrșitului celui de al XVIII-lea secol — începutul secolului al XIX-lea, o vogă deosebită, ale cărei ecouri s-au făcut adînc simțite și în Sibiul acelei epoci, metoda fiind adesea preferată tratamentelor medicale tradiționale, alopate.

Frumos ornat, „dulapul farmaciei", datînd din anul 1615, cu inscripții gotice pilduitoare, ne amintește și un dicton latinesc : „Memento mori", îndemnîndu-ne parcă — contrar dictonului latin — să ne îngrijim cu și mai multă atenție acel dar neprețuit al vieții : sănătatea.

Cu toate raritățile pe care le conține, „Muzeul farmaciei" din Sibiu nu este totuși un unicat în țara noastră. Preocuparea omului medieval pentru îngrijirea sănătății, pentru combaterea bolilor pe baze științifice a avut drept urmare inițierea mai multor tineri în tainele farmaciei — studii ce se puteau face numai în țările dezvoltate ale acelor vremi —, astfel încît după „Vulturul negru", emblema farmaciei sibiene din 1494, au apărut, în următoarele decenii : „Leul" — emblema farmaciei brașovene din 1513, și „Coroana" — emblema farmaciei din Bistrița anului 1516. Mult mai tîrziu, în 1573, este menționată prima farmacie a orașului Cluj, purtînd emblema „Sf. Gheorghe", iar în anul 1685 va apărea o a doua farmacie în aceeași urbe, pe frontispiciul căreia se putea vedea o nouă emblemă : „Unicornul".

Oraș cu o bogată tradiție medicală și farmaceutică, Clujul păstrează amintirea



acestui început într-o originală clădire — casa Hintz —, datînd din secolul al XVI-lea şi situată în Piaţa Libertăţii, la numărul 28, la întretăierea cu strada Gh. Doja. Este tot sediul unei vechi farmacii, în care şi-a găsit locul cuvenit valoroasa colecţie de istorie a farmaciei. Este poate mai mult decît un simplu local muzeistic. Este o mică bijuterie medievală, păstrată şi îngrijită cu dragoste.

Sub bolţile zidurilor groase şi întunecoase de la subsol, se adăpostesc cele două laboratoare, ticsite cu tot felul de instalaţii de filtrare, distilare şi prelucrare a medicamentelor, dîndu-ţi impresia că te afli mai degrabă într-un laborator alchimist, în plin Ev Mediu. „Oficina", cu nelipsitele ei dulapuri pline cu recipiente sofisticat codificate, pentru a nu fi accesibile marelui public, balanţe şi mojare specifice, ne permite trecerea spre o încăpere-unicat. Este vechea „receptură", ai cărei pereţi sînt împodobiţi cu o frescă din secolul al XVIII-lea, o dantelărie rococo în culori închise, brodată cu auriu, în medalioanele căreia se pot distinge, alături de bineunoscutul simbol al farmaciei — cupa încolăcită de şarpe —, alte două simboluri mai rare : cornul abundenţei, simbolizînd bogăţia farmaciei verzi, şi un condor cu piatra în gură — simbol al vigilenţei şi păstrării tăcerii, a tainei profesionale.

Uşa din lemn pictat completează în mod armonios această adevărată „perlă farmaceutică", pentru a cărei restaurare şi întreţinere se impun atît măsuri energice, cît şi suflete generoase.

Dintre exponate, merită menţionate, cu titlu de curiozităţi, cîteva prafuri.

Astfel, *„pulvis mumiae verae"* (praf de mumie adevărată) — un medicament medieval răspîndit în Europa, urmare a cruciadelor din secolele al XII-lea şi al XIV-lea, ce a fost utilizat pînă în primele decenii ale secolului al XIX-lea drept panaceu universal. Plătit cu aur în greutate egală, era unul din cele mai scumpe medicamente, a căror procurare nu şi-o puteau permite decît cei foarte bogaţi.

Fiind foarte solicitat, s-a pus în circulaţie şi un praf de mumie falsificată („pulvis mumiae spuriae"), obţinut din cadavre mumificate cu ajutorul unor procedee rapide. Indiferent de origine, pură sau falsificată, efectele utilizării acestei pulberi par să fi fost aceleaşi...

Amintim apoi o pulbere utilizată în tratamentul epilepsiei, holerei şi a diferitelor boli febrile — *„Castoreum moscovitense"* sau *„Pulvis castorei"* — obţinută din secreţia glandulară a castorului siberian. În medicina populară şi ştiinţifică găsea o largă răspîndire *„Lapis haematidis"* (Piatra de sînge), folosită ca antihemoragic, iar drept diuretic şi afrodiziac se folosea în medicina veche *„Stincus marinus"*, praful extras dintr-o şopîrlă răspîndită în ţările Orientului Apropiat. Printre raritătile muzeului, poate nu în cele din urmă, ar fi meritat menţionate cărţile de specialitate aflate în colecţie. Ne-au atras atenţia, printre altele : *„Lehrbuch der Apothekerkunst"* — un manual al farmacistului, datat 1797, *„Systema Vegetabilium"*, tot din 1797, precum şi prima farmacopee bilingvă, latino-română, tipărită de Constantin Hepites, la Bucureşti, în anul 1862.

Existenţa celor două muzee de farmacie din ţara noastră, alături de colecţii mai mici de obiecte, vase de farmacie, existente în alte muzee din ţară — de pildă colecţia aflată în turnul cu ceas din cetatea Sighişoarei — dovedeşte atît vechimea practicării oficiale a farmaciei pe teritoriul ţării noastre, cît şi preocuparea permanentă de a dezvolta, pe baze proprii, această specialitate, reliefîndu-se ca două nestemate prinse în şiragul muzeelor de specialitate din lume.

MIORIŢA CÂMPEAN

DE TOATE PENTRU TOŢI

Interferonul

Interferonul este, de fapt, o familie de proteine naturale complexe.

A fost descoperit în 1957, în Marea Britanie, şi este folosit în tratarea virozelor şi a cancerului.

Se cunoaşte interferonul α şi β. Din sînge a fost izolat interferonul γ, în cantităţi mici, dar cu acţiune superioară. Gena responsabilă de producerea interferonului a fost izolată din sînge şi reprodusă în laborator, astfel că, în viitorul apropiat, interferonul va fi obţinut prin inginerie genetică.

Un interferon imun, de 200 de ori mai puternic, s-a obţinut prin expunerea leucocitelor la acţiunea proteinei A — o componentă a bacteriei *Staphylococcus aureus*.

Metoda prezintă avantajul obţinerii, într-o cantitate mai mare, a interferonului.

Se ştie că interferonul stimulează producerea proteinei antivirotice de către celule, protejîndu-le de acţiunea patogenă a virusurilor.

Ingineria genetică — prezent şi viitor

În tratamentul diabetului, medicamentul indispensabil este *insulina*, pe care unele firme o obţin prin extracţie din pancreasul porcilor. Dar insulina de porc diferă de cea umană printr-un singur aminoacid : *alanină* în loc de *treonină*. Dificultatea a fost rezolvată de cercetători japonezi, care au reuşit să transforme aminoacizii dintr-o formă în alta.

La concurenţă se iveşte însă ingineria genetică, datorită căreia s-a obţinut insulina umană din bacterii.

Mai mult, s-a creat aparatură de sintetizat polinucleotide — fragmente din gene. Se estimează că astfel va creşte numărul produselor obţinute prin recombinări genetice.

Ce vede oare ?

Folosind ultrasunetele, s-a constatat că foetusul (produsul concepţiei unui mamifer dintre perioada de embrion şi momentul naşterii) deschide ochii la 16 săptămîni şi s-au identificat 4 tipuri de mişcări ale ochilor. Deci, foetusul poate avea imagini vizuale în interiorul uterului.

Cafeaua : Da ! Nu ! Sau... cît ?

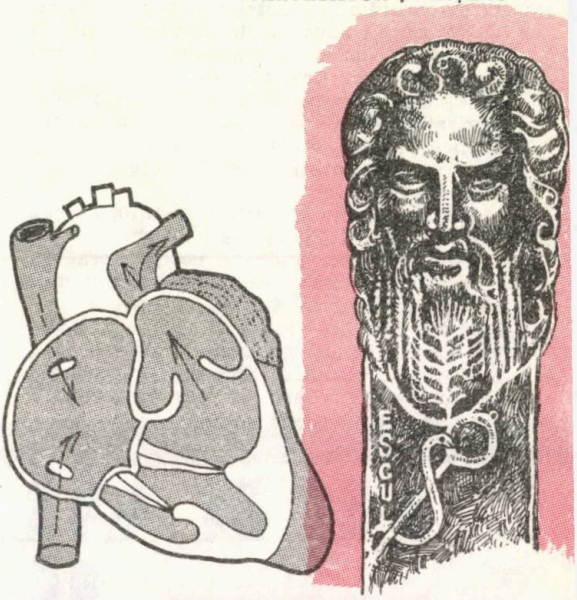
Cercetări relativ recente au concluzionat: cafeaua decofeinizată este un stimulent gastric mai puternic decît cea nedecofeinizată, iar dozele mari ar avea un efect teratogen (care produce malformaţii, anomalii).

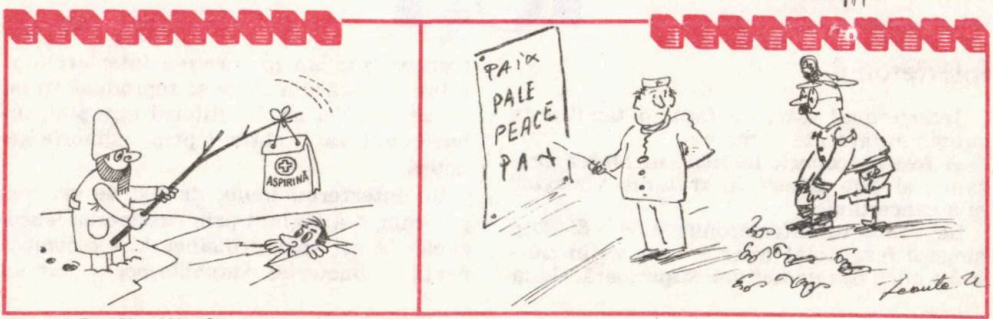
Plantele — o perpetuă minune a lumii

— Din plante s-au extras lactone cu proprietăţi anticanceroase. Mecanismul acţiunii lor s-a explicat prin fixarea grupei lactonice pe acidul dezoxiribonucleic al celulelor canceroase, oprindu-le astfel creşterea.

— În alimentaţia umană din aproape toate ţările lumii sînt utilizate peste 20 de specii de alge. În Japonia, ţară cu o îndelungată tradiţie culinară „algologică", se consumă zilnic, în medie, 80 g alge proaspete de persoană.

Farm. dr. ENGLETINA PELEGRINO
CERCETĂTOR ŞTIINŢIFIC

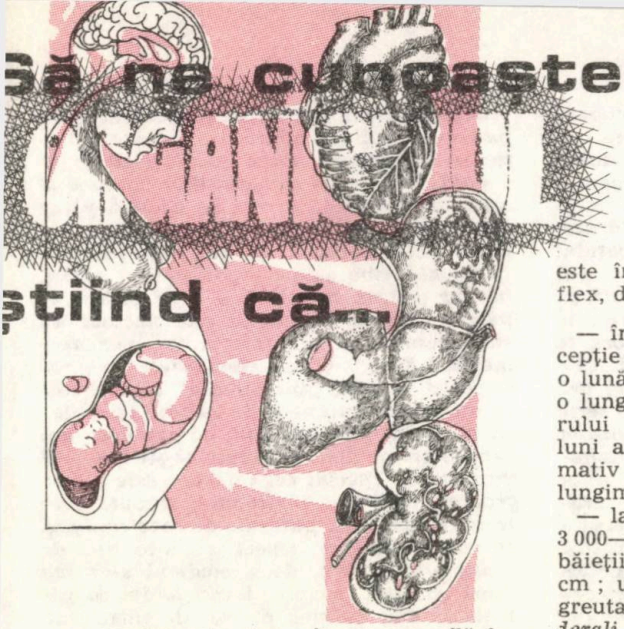




Desen de Nic. Nicolaescu Fără cuvinte

să ne cunoaștem ORGANISMUL

știind că...



— *sarcina* este starea în care se află femeia din momentul fecundației pînă la expulzarea produsului de concepție ; cînd oul se grefează și se dezvoltă în cavitatea uterină, sarcina se numește *uterină*, iar cînd grefarea se face în afara cavității uterine, sarcina se numește *extrauterină* ; sarcina durează în medie 280 de zile, iar data probabilă a nașterii se stabilește în raport cu data ultimei menstruații ;

— *lăuzia* este perioada de după naștere, care durează 6—8 săptămîni ; în această etapă se produc noi modificări în organismul femeii ; una din manifestările importante ale lăuziei este apariția laptelui ; secreția de lapte se produce sub influența unui hormon hipofizar numit *prolactină* și este întreținută, printr-un mecanism reflex, de suptul copilului ;

— în condiții normale produsul de concepție (embrion-făt) se dezvoltă rapid : la o lună el are 1 cm lungime ; la 3 luni are o lungime de 9 cm, iar configurația viitorului organism este deja schițată ; la 6 luni acesta are 30 cm lungime și aproximativ 1 000 g ; la termen, fătul are 50 cm lungime și o greutate medie de 3 200 g ;

— la naștere fetițele au o greutate de 3 000—3 250 g și o talie de 49—50 cm, iar băieții, 3 000—3 500 g și o talie de 50—51 cm ; unii copii pot prezenta la naștere o greutate sub 3 000 g și se numesc *subponderali*, iar cei cu o greutate sub 2.500 g se numesc *prematuri* sau *imaturi* ; alți copii se pot naște cu o greutate mai mare decît cea normală, 4 000—5 000 g ;

— după naștere, în prima săptămînă, copilul doarme aproape în permanență (19—20 de ore din 24) un somn profund, calm, netulburat de zgomot sau lumină. El se trezește fără să plîngă. Cînd însă apar primele greșeli în îngrijirea lui sau cînd se îmbolnăvește, plînge cînd se trezește ; perioada de veghe este mai mare decît cea de somn, iar copilul este mai agitat ca de obicei. *În asemenea cazuri este obligatorie chemarea medicului.*

I. MURGAN

„Portrete în tablete"

RADIOGRAFILIA

Există pătimași iubitori de cărți, bibliofilii, ca să nu mai vorbim de cei de timbre, filateliștii, și începînd cu cei ce se dau în vînt după creșterea porumbeilor — columbofilii —, pînă la cei dornici de a avea cît mai multe cutii cu chibrituri în colecția lor, la care țin ca la „ochii din cap" — alumafiliștii —, toți se află în categoria „filiei", care provine de la verbul grecesc phileo, *adică „a iubi".*

O să vă întrebați ce legătură are însă aceasta cu articolul de față ?

Iubirea sănătății, adică îngrijirea ei, ferirea corpului uman de necazurile ce le

poate genera boala, prevenirea ei, cunoaşterea mijloacelor de igienă şi aplicarea noţiunilor de educaţie sanitară sînt condiţii ce veghează la păstrarea sănătăţii organismului uman. Dar, de multe ori, în viaţa omului apar şi episoade mai puţin plăcute, intervenind îmbolnăviri ale complicatului mecanism pe care-l reprezintă corpul uman. Şi-atunci sînt necesare consulturi, investigaţii, analize, tratamente dintre cele mai diferite şi mai complicate. Uneori, se produc îmbolnăviri simple, alteori este vorba despre lucruri grave. De multe ori, respectivele diagnostice presupun şi o serie de examene, între care un loc important îl ocupă diferitele radiografii sau radioscopii, absolut necesare în fixarea unui diagnostic, în stabilirea conduitei terapeutice. Examenul radiologic reprezintă un examen complementar care se practică la recomandarea medicului şi nu se face la fiecare bolnav sau în cazurile în care diagnosticul nu impune expunerea la radiaţiile X.

In seria „portrete în tablete" pe care Almanahul Sănătăţii a publicat-o, de cîţiva ani încoace, am încercat să surprindem bolnavul închipuit, pilulofagul, analizomanul, colecţionarul de reţete, în timp ce acum ne ocupăm despre acel bolnav care, în iubirea pentru propriul corp şi pentru propria sănătate, este un amator de radiografii inutile, devenind astfel un „radiografil".

În multe, în foarte multe cazuri, la consultaţii, pacienţii cer cu insistenţă să li se prescrie şi o radiografie. Există deseori discuţii între medic şi pacient pe această temă şi, de foarte multe ori, aceştia din urmă pleacă total nemulţumiţi sau — de ce nu? — merg „mai sus", să li se asculte dorinţele.

— Cum să nu mi se dea „raze", cînd eu sufăr de dureri de cap? — sau:

— Auzi dumneata!? Consultaţie fără radiografie!

În alte cazuri pacientul intră în cabinet şi, nici mai mult nici mai puţin, la întrebarea medicului ce suferinţă îl aduce, răspunde scurt: — Am venit să-mi daţi să fac o radiografie! — şi să nu vă mai spun ce dandana iese cînd medicul nu este de acord să-i prescrie filmul.

— Cum, dragă, te-ai dus la consult şi nu ţi-a dat măcar... o poză? Cum vine asta? Dar nu i-ai spus că te doare? Păi, fără radiografie cum o să-ţi treacă! Du-te soro la altu', că-ţi dă precis film!

Iată o discuţie surprinsă într-unul din mijloacele de transport în comun, între două femei care, întorcîndu-se de la piaţă, înfiripaseră, între staţii, o „solidă" cunoaştere a propriilor lor persoane.

Dacă în rîndurile de mai sus, mai în glumă, mai în serios, am discutat despre radiografii, privind lucrurile la modul în care se cuvine să le privim, trebuie să precizăm că nu este de glumit cu radiaţiile X.

Orice examen radiologic reprezintă o expunere la radiaţii ionizante. Fiecare radiaţie se însumează. Dacă socotim că organismul este expus şi radiaţiilor cosmice şi celor atmosferice, la care se adaugă şi radiaţii infime, dar care se adună, ale ecranului televizorului, şi că radiaţiile au efecte negative asupa organismului uman, putînd genera tulburări şi boli grave, ne putem uşor da seama că este necesar un discernămînt în administrarea unor asemenea „doze". Chiar efectuarea unei radiografii dentare „înzestrează" organismul cu un număr suficient de unităţi de radiaţii şi nu vă uitaţi la film că are doar doi centimetri pe doi, ci trebuie să ştiţi că osul maxilar, în special cel inferior, este foarte gros şi, pentru a-l străbate, trebuie proiectat un fascicul puternic de raze röntgen. În afara acestui aspect al iradierii, de multe ori inutile, dacă medicul s-ar lua după pacient, trebuie să constatăm că filmele se dau în mod gratuit de către stat, că se consumă o mare cantitate de energie, că se produce o uzură a aparatului, care este foarte costisitor. Să fim bine înţeleşi: nu este vorba de economie. Atunci cînd este vorba de un om suferind nu se face nici un fel de economie, unele tratamente costînd sute de mii de lei pentru un singur bolnav, fondurile destinate nefiind nicidecum plafonate. Cînd este vorba însă de a face pe plac cuiva, de a-i face hachiţele sau de a efectua un examen medical „la modă", credem că el se poate suprima.

Mai sînt şi alte probleme legate de radiaţiile ionizante, şi anume la gravide, mai cu seamă în primele trei luni ale sarcinii, adică în perioada formării organelor embrionului. Pentru a nu interveni modificări în dezvoltarea organelor, radiografiile sînt cu desăvîrşire interzise. De aceea chiar cînd se prescrie o radiografie oricărei femei, cu o vîrstă cuprinsă în perioada fertilă, adică între 16 şi 45 de ani, înainte de a o efectua trebuie să i se facă mai întîi un examen ginecologic, tocmai ca o măsură de precauţie la cele scrise mai sus.

Cînd este vorba de copiii mici sau, în general, de copii, există o mare prudenţă în privinţa radiaţiilor; de aceea ele se prescriu numai în caz de necesitate, de cele mai multe ori în urma unor consulturi minuţioase ale pediatrului cu medicii de alte specialităţi.

Deci, iată că problema, aparent simplă, cuprinsă în propoziţia: „Vreau şi eu o radiografie", nu este aşa simplă. Deşi omul stă în faţa aparatului röntgen cîteva secunde, efectele razelor emise de el pot avea efecte dintre cele mai nedorite.

Şi în această direcţie se impune multă prudenţă, ca în orice alt domeniu în care este vorba de sănătate, fie că e vorba de doze medicamentoase, fie că e vorba de excese alimentare, de tutun, cafea, alcool, sedentarism.

Așa că nu ne rămîne decît să recomandăm celor care, prezentîndu-se la medic și dorind neapărat o „poză", ca înainte de a cere acest lucru să-și facă o autoradiografie a propriei lor personalități. Oricum, este cu mult mai puțin costisitoare și mai ales nu este prin nimic periculoasă. Ba, dimpotrivă !

Dr. FLORIN COLONAȘ

Cugetări în... distihuri

- Cine umblă fără scopuri,
  Obosește tot prin... hopuri.
- Una rece, și-una caldă.
  Important e că se scaldă.
- Vorba zboară de îndată,
  Dar... ucide cîteodată.
- Cîte frunze nasc, pe un singur pom,
  Atîtea gînduri, într-un cap de om.
- Un cor fără dirijor,
  Se pretinde prea... „major".
- Dorul vine, ca „Rapidul", plin.. cu miere,
  Și pleacă fără nici-o întîrziere...
- Cînd norocul, totuși, dornic se-nfiripă,
  Nu aduce anul, cît o simplă clipă.
- Apa roade stînca și sugrumă focul,
  Iar de-o pui pe creștet, nu-și găsește locul.

Titel Canache

distihurile SĂNĂTĂȚII

Să fii mereu cumpătat în toate,
Ș-atunci cînd crezi că nu se poate...

Să nu te-agiți pentru orice nimic,
Chiar cînd alții mereu de rău îți zic...

Să mănînci la timp, dar nu cît doi,
Căci, altfel, poți s-arăți ca un butoi...

Să nu-i ceri inimii, prea mult să-ndure,
De vrei ca ea, din zile, să nu-ți fure...

Să fugi de viața sedentară
Ce-ți face trupul grea povară...

Să nu bei mult alcool, fără sifon,
De vrei să nu arăți ca un... bufon...

Să nu te lași cuprins de lenevie,
Uitînd că ești, totuși, o ființă vie...

Titel Canache

Cîte ceva despre ALIMENTAȚIA ȘI MODUL DE VIAȚĂ al viitoarei mame

Sarcina este o stare naturală, fiziologică, în care există o „înțelegere" desăvîrșită între gravidă și făt. De aceea, viitoarea mamă trebuie să cunoască tot ceea ce-i revine de făcut în legătură cu igiena corporală, alimentația și modul de viață în această perioadă.

Respectarea unor reguli de igienă, de viață și alimentație duce la două mari realizări :

— o sarcină și o naștere normală ;

— o dezvoltare normală a copilului, încă din timpul vieții în pîntecele mamei.

O femeie gravidă poate să mănînce orice, fără să facă însă abuzuri. Alimentele prea sărate sau condimentate vor fi evitate. Gravida va respecta orele de masă, va mesteca bine alimentele și nu va mînca mult deodată, ci de mai multe ori pe zi (cel puțin de 3 ori) și fără grabă. Creșterea

în greutate nu trebuie să depășească 8—10 kg peste greutatea normală, în raport cu talia și vîrsta.

În perioada maternității nevoile energetice ale femeii cresc și de aceea la gravide se recomandă un consum zilnic de aproximativ 3 000 de calorii (tabelul I).

este de 1 000—1 200 mg calciu/zi.

Carnea, prin bogăția în fier și vitamine cu rol hematopoietic, participă la prevenirea anemiei. Cantitatea de fier necesară gravidei este de 30—40 mg/zi. Carnea de vacă furnizează 3,5 mg fier la 100 g, iar ficatul 10 mg/100 g.

TABELUL I

Necesarul de calorii și substanțe nutritive la femei, în funcție de vîrstă și activitate fizică

	20—45 de ani			46—60 de ani			Peste 60 de ani	În perioada maternității	
	Activitate ușoară	Activitate medie	Activitate grea	Activitate ușoară	Activitate medie	Activitate grea		Sarcină	Alăptare
Calorii	2 500	2 700	2 900	2 300	2 500	2 700	2 100	+500	+700
Proteine în g	90	95	100	80	85	95	75	25	30
— animale	45	48	50	40	43	47	37	20	24
— vegetale	45	47	50	40	42	48	38	5	6
Lipide în g	86	90	95	70	80	90	70	13	25
— animale	44	50	52	35	40	45	35	10	15
— vegetale	36	40	43	35	40	45	35	8	10
Glucide în g	355	378	410	338	360	380	292	60	89

În alimentația gravidei trebuie să fie prezente toate alimentele care intră în structura unei rații alimentare raționale : laptele și produsele lactate, carnea și peștele, ouăle, legumele și fructele, derivatele de cereale, grăsimile și produsele zaharoase.

Laptele și produsele lactate vor asigura calciul necesar dezvoltării armonioase a țesutului osos al fătului. Laptele conține 125 mg calciu/100 ml, iar brînzeturile între 150—500 mg/100 g. Necesarul femeii gravide, mai ales din luna a V-a de sarcină,

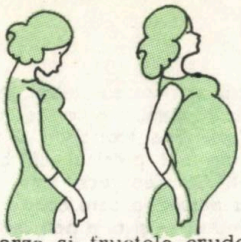
Ouăle sînt sursa principală pentru mai multe vitamine (A, B, D, E) și săruri minerale (Fe, Ca, P). Un ou conține 25 mg calciu și 1,5 mg fier.

Legumele și fructele — consumate mai ales crude — asigură 90% din necesarul de vitamină C. De asemenea, ele sînt cea mai importantă sursă de provitamină A și excelentă sursă de săruri minerale. O femeie gravidă are nevoie pe zi de 2 500 U.I. de vitamină A și 40 mg de vitamină C. Legume ca : ardeiul gras, cartofii noi, ceapa verde, mazărea verde, roșiile, prazul,

TABELUL II

Necesarul de elemente minerale și vitamine (Institutul de Igienă și Sănătate Publică, București 1982),

	Femei								
	20—45 de ani			46—60 de ani			Peste 60 de ani	Maternitate	
	Activitate ușoară	Activitate medie	Activitate grea	Activitate ușoară	Activitate medie	Activitate grea		Sarcină	Alăptare
Calciu mg	800	800	800	800	800	800	700	+400	+600
Fosfor mg	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	+144	+600
Fier mg	18	18	20	18	18	20	12	+10	—
Vitamina A U.I.	3 000	3 000	3 500	3 000	3 000	3 500	3 000	+700	+1 400
Vitamina D U.I.	200	200	200	200	200	200	200	+200	+200
Vitamina B_1 mg	1,2	1,3	1,4	1,1	1,2	1,3	1,3	+0,3	+0,4
Vitamina B_2 mg	1,50	1,60	1,70	1,40	1,50	1,60	1,30	+0,30	+0,40
Vitamina PP mg	17	18	19	15	17	18	14	+3	+5
Vitamina C mg	50	50	55	45	45	50	40	+20	+40



ridichile, urzicile, varza și fructele crude acoperă necesarul zilnic de vitamina C.

Derivatele de cereale, prin aportul de material fibros, preîntîmpină constipația, atît de frecventă la femeile gravide.

La toate aceste alimente vom adăuga produsele zaharoase, care nu trebuie să depășească 10% din valoarea calorică a rației și care, pe cît posibil, nu vor fi reprezentate de ciocolată sau alte preparate cu cacao, din cauza prezenței în compoziția lor a acidului oxalic și a taninurilor care reduc absorbția calciului și fierului, elemente atît de necesare femeii în perioada maternității (tabelul II).

Din momentul în care femeia știe că va deveni mamă, ea trebuie să renunțe la fumat, la consumul de băuturi alcoolice și la consumul exagerat de cafea.

Modul de viață trebuie să fie schimbat. Orele de odihnă să fie respectate, iar timpul liber trebuie petrecut cît mai plăcut și cel puțin o oră pe zi în aer liber. Gravida trebuie să doarmă 7—8 ore noaptea și să se odihnească cel puțin 1—2 ore după masa de prînz.

Se recomandă, de asemenea, efectuarea exercițiilor de gimnastică, care au rolul de a întări musculatura abdominală, de a amplifica mișcările respiratorii, de a face ca nașterea să decurgă mai ușor. Pofta capricioasă sau „dorințele" gravidei nu trebuie îndeplinite cu exagerare. Riscul îngrășării este mare în această perioadă, excesul de greutate obosind inima, îngreuind respirația, tulburînd buna desfășurare a nașterii. De aceea, în timpul gravidității greutatea nu trebuie să depășească 8—10 kg peste normalul corespunzător vîrstei și înălțimii.

Pielea trebuie îngrijită în mod deosebit, pentru a ușura îndeplinirea funcțiilor acestui important organ. Băile călduțe, cît mai dese și scurte, sînt absolut necesare în timpul sarcinii, deoarece gravida transpiră mult.

Se va acorda o atenție deosebită îngrijirii dinților. În acest sens gravida se va prezenta periodic la control stomatologic, cu scopul de a descoperi și trata din timp cariile ivite.

Îmbrăcămintea gravidei, ca să fie igienică, trebuie să fie comodă, ca să nu împiedice circulația sîngelui, și adaptată la anotimp.

Respectînd aceste sfaturi, viitoarea mamă își va găsi răsplata în bucuria nașterii la termen a unui copil sănătos, atît din punct de vedere fizic, cît și psihic.

Dr. CAMELIA PĂRVAN
MEDIC SPECIALIST ÎN IGIENA ALIMENTAȚIEI
Institutul de Igienă și Sănătate Publică — București

SIDA

sindromul de imunodeficiență dobîndită

Prof. dr. Al. COLȚOIU,
Dr. G. BUCUR,
Dr. D. MATEESCU
I.M.F. BUCUREȘTI

Sindromul de imunodeficiență dobîndită, cunoscut și sub denumirea franceză prescurtată de SIDA (Syndrome d'immuno-deficience acquise), este o boală epidemică, transmisibilă predominant pe calea raporturilor sexuale, cauzată de virusul imunodeficienței umane (H.I.V.), care distruge elementele-cheie ale sistemului imunitar și de apărare al gazdei, predispunînd astfel la infecții mortale cu microorganisme oportuniste, la apariția sarcomului Kaposi (afecțiune tumorală de origine necunoscută) și a altor afecțiuni maligne grave.

În anii din urmă, prin mortalitatea sa foarte ridicată și rapida propagare în lumea întreagă, această nouă și gravă maladie transmisibilă, predominant pe cale sexuală, considerată drept „boala secolului XX", a atras larg atenția nu numai a lumii medicale, dar a interesat, în cel mai înalt grad, marele public, ea reprezentînd o problemă de cea mai mare urgență pentru toți cei ce răspund de sănătatea publică.

Maladiile transmisibile pe cale sexuală au fost întotdeauna o plagă pentru specia umană, dar n-au atras niciodată atenția lumii ca în anii din urmă. Mai mult de 20 de microorganisme sînt actualmente recunoscute ca agenți ai bolilor transmisibile pe

cale sexuală, între care menționăm : virusuri, bacterii, paraziți, agenți micotici etc.

În afara maladiilor veneriene clasice, printre care enumerăm sifilisul și infecția gonococică, a căror morbiditate este la noi în țară în continuă și marcată descreștere, șancrul moale și limfogranulomatoza Nicolas-Favre, complet dispărute la noi, spectrul bolilor transmisibile pe cale sexuală s-a lărgit cu așa-zisele *venerii de a doua generație*, ce ocupă astăzi aproape 75% din consultațiile serviciilor de venerologie. Această ultimă grupă cuprinde infecțiile urogenitale chlamidiene, cu micoplasme, cele determinate de papilomavirusuri, infecțiile genitale cu virus herpetic, cu virusul hepatitei B etc., importante nu numai prin frecvența lor, ci mai ales prin repercusiunile mari asupra sănătății publice, fiind implicate în problema sterilității, a avorturilor, a mortalității și patologiei perinatale, în patogenia genitourinară.

În condițiile vieții moderne, cu tot progresul și marile realizări din domeniul științei, al culturii și sănătății, se constată lărgirea gamei de maladii transmisibile pe cale sexuală și o alarmantă și continuă progresiune a unora dintre acestea, în întreaga lume dezvoltată sau în curs de dezvoltare.

Factori obiectivi, precum actuala evoluție demografică, cu formarea de mari aglomerări urbane prin migrarea mîinii de lucru către centrele industrializate, mobilitatea crescută a populației prin turism, modificarea comportamentului social, moral, sexual, ușurința cu care se stabilesc contacte multiple, întîmplătoare, insuficienta educație sanitară, în special a celei cu privire la problemele de sexologie, minimalizarea fricii de boală, extinderea în unele țări a unor manifestări de patologie sexuală (homosexualism), toxicomanie etc. au favorizat, în deceniile din urmă, rapida extindere a acestor boli.

În condițiile amintite, recent s-a adăugat grupului de boli transmisibile pe cale sexuală una din cele mai grave boli care a amenințat vreodată specia umană, respectiv *sindromul de imunodeficiență dobîndită.*

Pe fondul morbidității în creștere al maladiilor transmisibile pe cale sexuală, Centrul de Control al Bolilor Transmisibile din Atlanta (S.U.A.) raporta, în 1981, cu caracter de explozie epidemică, apariția unei boli extrem de grave, cel mai adesea cu sfîrșit letal, semnalată inițial la imigranții din Haiti și în comunitățile de homosexuali din New York, San Francisco și Los Angeles. În scurt timp s-a precizat că boala face parte din M.T.S., deoarece este întîlnită predominant la persoane care contractaseră — în repetate rînduri — și alte boli venerice.

Virusul imunodeficienței umane a fost descoperit în 1983 de prof. Luc Montagnier și colaboratorii săi de la Institutul Pasteur din Franța și apoi în 1984 de prof. R. Gallo și colaboratorii săi de la Laboratorul de biologie a celulelor tumorale din Bethesda (S.U.A.), care au realizat și culturi de virus în masă, pentru a fabrica teste diagnostice și a prepara, la nevoie, antigene.

Este un retrovirus lent, cu un diametru de 90—120 nanomicroni, cu o nucleoproteină centrală care conține A.R.N. simplu helicoidal și caracterizat, de asemenea, printr-o enzimă unică, transcriptaza inversă.

Acest virus a fost izolat la început din limfadenopatiile generalizate persistente ale bolnavilor cu SIDA și apoi din majoritatea fluidelor organismului, principalii săi vectori fiind sîngele și sperma.

În organism, virusul în chestiune prezintă un tropism * marcat pentru limfocitele T_4 helper, utilizînd suprafața lor și ducînd la moartea acestor celule. Unele monocite care prezintă, de asemenea, la suprafața lor antigenul T_4, pot fi la rîndul lor infectate și distruse. Virusul imunodeficienței umane cîștigate mai poate infecta celulele neurale, determinînd variate sindroame neurologice.

La cîteva săptămîni sau luni după infecție pot să apară anticorpi față de miezul sau învelișul virusului. Anticorpii neutralizați se găsesc în titruri reduse și din această cauză sîngele rămîne infectant.

* Reacția unor organisme inferioare sau celule la excitanți chimici sau fizici, față de care au tendința de a se apropia (tropism pozitiv) sau îndepărta (tropism negativ).

Cercetările recente au dovedit că virusul imunodeficienței umane cîștigate se caracterizează printr-o mare eterogenitate genomică, de la fiecare bolnav evidențiindu-se, în decurs de 2 ani, 6—7 variante ale acestui virus, care apar prin mutații, prin scurte deleții sau inserții. Compararea secvenței nucleotidelor indică faptul că secvențele nou formate sînt asemănătoare cu cele ale virusului progenitor comun.

Virusurile izolate repetate de la același individ sînt ca atare înrudite. Varietatea antigenică și slaba producere de anticorpi specifici neutralizanți fac dificilă realizarea unui vaccin specific eficace.

Se presupune că acest virus este un saprofit al maimuței *Cercophithecus*, din Africa Tropicală, care, în jurul anului 1970, a suferit o mutație genetică, devenind patogen pentru om. Infecția s-a răspîndit treptat la populația africană pe calea raporturilor heterosexuale, prin înțepături cu ace de seringă insuficient sterilizate, utilizate anterior de indivizi contaminați, sau prin transmiterea de la mamele infectate la nou-născuți, înainte sau după naștere.

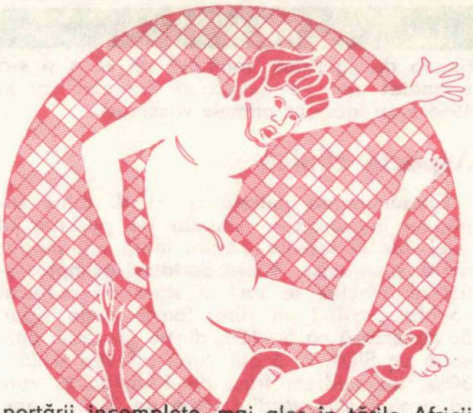
Din Africa, boala a trecut apoi prin Haiti în S.U.A. și în țările Europei occidentale, unde a ajuns la o adevărată explozie epidemică, îndeosebi în cercurile de homosexuali și toxicomani.

Alarmat de progresiunea celei mai amenințătoare boli transmisibile pe cale sexuală cunoscută vreodată, Comitetul Executiv al Uniunii Internaționale de luptă împotriva bolilor venerice și a treponematozelor, încă din martie 1983, aprecia că este posibilă, în anii ce vor urma, o rapidă răspîndire a acestui flagel, hotărînd atenționarea organelor sanitare guvernamentale și a întregului corp medical, pentru ca această boală gravă să fie cunoscută și să se ia împotriva sa măsuri antiepidemice urgente de prevenire și combatere.

Dacă în urmă cu cîțiva ani boala interesa în S.U.A. și Europa occidentală un număr relativ nu prea mare de homosexuali și toxicomani, numărul de cazuri de SIDA a crescut în permanență, atingînd grupuri din ce în ce mai largi de indivizi, ca să cunoască în ultima vreme o continuă și rapidă expansiune pe aproape întreg globul. La jumătatea lunii noiembrie 1987, 125 de țări au comunicat Organizației Mondiale a Sănătății un număr de 63 000 de cazuri de SIDA, cu 35% mai multe decît numărul cazurilor înregistrate în luna aprilie a aceluiași an.

La noi în țară au fost testate serologic cîteva mii de persoane, dintre care 17 au avut reacții pozitive. Din acest lot au decedat 2 bolnavi, 5 au ARC *(AIDS related complex)* sau PARASIDA, iar alți 10 purtători asimptomatici de virus (serologic pozitiv la 2 examene) sînt în supraveghere.

S-ar putea ca în întreaga lume numărul de cazuri de SIDA să fie în prezent mult mai mare, de aproximativ 150 000, din cauza raportării incomplete, mai ales în țările Africii.



Numărul actual al acestor îmbolnăviri poate fi comparat cu vîrful unui iceberg, el reprezentînd numai infecțiile contractate cu 5 ani în urmă.

O morbiditate crescută prin SIDA se întîlnește în țările Africii, la sud de Sahara, la început în Kenya, Africa Centrală, Zair, unde boala este endemică *, ca recent să apară o izbucnire brutală a epidemiei în țările Africii de Vest (Nigeria, Ghana, Coasta de Fildeș), pînă nu de mult cruțate de boală. Numai în Africa, în următoarea decadă se estimează că s-ar putea să decedeze 1 500 000 de oameni.

Numărul purtătorilor aparent sănătoși ai infecției se apreciază actualmente la 10 milioane persoane, iar pînă în 1991, în cazul unei propagări necontrolate, numărul purtătorilor de virus pe întreg globul se estimează că va ajunge la 100 de milioane.

Acești indivizi, în majoritatea lor nedepistați, pot transmite infecția altora, ani de zile înainte de apariția oricărui semn de boală.

În lumina celor mai sus arătate, SIDA este o problemă de maximă urgență în domeniul sănătății publice mondiale, fiind boala cu cel mai grav potențial ce a amenințat vreodată omenirea.

În fața acestei situații, organele sanitare din țările unde a apărut boala au declanșat una dintre cele mai vaste campanii cunoscute din istoria medicinii, obținîndu-se, în scurt timp, o serie de date importante despre această boală. Niciodată nu s-au obținut într-un timp atît de scurt, atît de numeroase cunoștințe în legătură cu o boală infecțioasă, progresele realizate datorîndu-se dezvoltării tehnicilor de biologie moleculară din ultimele decenii.

Astfel s-au studiat temeinic manifestările clinice, complicațiile și bazele sale imunologice, delimitîndu-se în același timp și grupurile de populație la care boala se întîlnește cu risc crescut. S-au precizat căile de transmitere și s-au pus la punct metodele de diagnostic de laborator. În 1985 s-a stabilit no-

---

* ***Endemie*** = prezența permanentă a agentului infecțios într-un anumit teritoriu, unde cazurile de îmbolnăvire umane se produc constant, interesînd un număr mic de indivizi.

țiunea de „purtător sănătos" de virus și s-a semnalat apariția de cazuri la copii, iar în 1986 s-au încercat primele vaccinuri.

Aspecte clinice

Contaminarea inițială cu H.I.V. pune subiectul în cauză în situația de purtător al unei infecții latente, pentru mulți ani inaparentă, silențioasă. Acești purtători asimptomatici ai infecției se simt în stare de perfectă sănătate, avînd un viitor foarte puțin sigur. Se apreciază că 5—15% dintre purtători dezvoltă un SIDA în 5 ani după infecție și 25—30%, un sindrom frust de PARASIDA, care va evolua spre stadiul ultim de SIDA franc.

Într-un oarecare număr de cazuri, primul contact cu H.I.V., respectiv infecția primară, poate să se manifeste prin cîteva mici semne : febră, adenopatie (denumire generică pentru orice afecțiune a ganglionilor limfatici, caracterizată prin creșterea în volum a acestora), oboseală generală, pierdere în greutate, sudori nocturne, simptome care cedează după cîteva săptămîni sau luni de zile. În unele cazuri, aceste fenomene pot persista și boala se cronicizează.

În acest moment se poate face trecerea fie spre un sindrom mai ușor, care constă într-o limfadenopatie persistentă, generalizată, cu interesarea evidentă a ganglionilor cervicali, fie spre un PARASIDA, ce reprezintă o agravare a infecției primare, un SIDA incomplet, caracterizat printr-un ansamblu de simptome puțin specifice, mult accentuate, precum slăbirea importantă, oboseala profundă, febră, diaree etc., manifestări ce se pot însoți de adenopatie generalizată.

Trebuie luată în considerație imunodepresia (scăderea rezistenței organismului) ce se remarcă prin micșorarea numărului limfocitelor, în special a celor T_4, prin diminuarea capacității funcționale a limfocitelor, întîlnindu-se și o scădere importantă a plachetelor sanguine.

Dar aceste modificări nu sînt specifice, putîndu-se întîlni și în alte infecții virale decît în SIDA.

Imunodepresia persistentă și progresivă și înlăturarea altor cauze infecțioase ce ar putea s-o determine ne orientează spre un PARASIDA, stadiul larvat al unui veritabil SIDA, ultim stadiu al bolii, cînd se adaugă o mare infecție oportunistă, sarcomatoza Kaposi sau un limfom malign.

În oricare din stadiile de infecție, virusul este prezent într-un număr de limfocite ale subiectului, în special în limfocitele T_4, ca și în alte celule. Prin limfocitele infectate prezente în sînge și spermă se poate transmite virusul, cu toată prezența anticorpilor anti-H.I.V. în sînge. Stadiul ultim de SIDA autentic se manifestă în 65% din cazuri prin infecții grave cu germeni oportuniști foarte variați (virusuri, fungi, protozoare, micobacterii), favorizate de o severă imunodepresie și prin apariția de tumori maligne, precum sarcomatoza Kaposi generalizată, întîlnită la 25—33% dintre pacienți, limfoame maligne diseminate (imprăștiate), uneori sindroame neurologice (demență cronică).

Cele mai frecvente infecții sînt cele cu *Pneumocystis carinii*, care determină pneumonii grave, infecții cerebrale cu *Toxoplasma*, meningite cu *Cryptococcus*, infecții intestinale cu cryptosporidii, candidomicoze sistemice, septicemii bacteriene.

În cazul declanșării unui SIDA manifest, bolnavii decedează circa 50% în primii ani de boală, pînă la 85% în următorii 2 ani și numai 15% mai supraviețuiesc după 5 ani. Îngrijirea unor astfel de bolnavi este foarte costisitoare. S-a remarcat faptul că în orașe ca New York și San Francisco SIDA a devenit prima cauză de deces prematur la tinerii celibatari între 25—44 de ani.

Starea de purtător de virus aparent sănătos, cu testul Elisa-pozitiv, constituie sursa principală de răspîndire a bolii.

Se estimează că există 50—100 și chiar mai mulți purtători de H.I.V. pentru fiecare caz de SIDA declarat. În S.U.A. se apreciază la 1—1,5 milioane de purtători aparent sănătoși ai acestei infecții, în Franța 150 000, în Italia circa 100 000 de purtători, expuși ca atare riscului de a prezenta manifestări clinice ale bolii. În Africa, numărul purtătorilor de virus al imunodeficienței umane se estimează la 4—5 milioane, boala avînd un caracter pandemic * și în plină extensiune. Studii efectuate în diverse țări africane au relevat un indice de infecție cu H.I.V. de 2—20% printre adulții sănătoși, în ansamblul populației.

Infecția femeilor sexual-active determină o transmitere perinatală a infecției. Se estimează la 25—50% riscul ca o mamă infectată să transmită virusul produsului său de concepție. Ca atare, în unele regiuni din Africa, unde 8—10% din femeile gravide sînt infectate, 2—5% dintre nou-născuți riscă să se infecteze în perioada perinatală.

Pentru autentificarea bolii pe calea investigațiilor de laborator se folosesc *testele Elisa* și *Elavia-Cruzier*, mai sensibile și specifice, *reacția de verificare Western-blot*, care evidențiază anticorpi specifici anti-H.I.V. Virusul a fost izolat prin inoculări pe animale și pe culturi de țesuturi.

Mod de transmitere și grupuri de populație cu risc crescut la infecție

Transmiterea bolii este similară cu cea a virusului hepatitei B, și anume : pe cale sexuală, prin sînge și produsele de sînge, de la mamă la făt, peri- și postnatal

---

* *Pandemie* = epidemie de o intensitate și extindere deosebite.

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

(transplacentar, prin lapte etc.).

Nu există argumente care să ateste că SIDA poate fi transmis prin contactul obişnuit, familial sau social.

Modalitatea de transmisie obişnuită cea mai frecventă este, desigur, cea a raporturilor sexuale, virusul fiind eliminat prin spermă şi secreţiile vaginale ale persoanelor contaminate. Toate lichidele organice — sîngele, sperma, saliva, sudoarea — pot vehicula limfocitele T_4 infectate cu virusul imunodeficienţei umane. Este, de asemenea, posibil ca şi alte celule ale sîngelui sau ale pereţilor vasculari să adăpostească virusul, servind astfel drept rezervor de infecţie. Apariţia bolii este favorizată de contactele infectante repetate, de cantităţile mari de virus din inocul, de un eventual teren propice imunodeficitar, de predispoziţie spre boli autoimune, de asocierea sinergică * a unei alte infecţii virale (Epstein-Barr) etc.

La homosexuali transmiterea se face deosebit de uşor, mucoasa anală fiind foarte fragilă, pentru care fapt în timpul raporturilor sexuale se produc numeroase fisuri microscopice, prin care virusul pătrunde cu uşurinţă. Atingerile banale (microleziuni şi microinfecţii intercurente), mai frecvente la nivelul mucoasei regiunii anorectale, precum şi cele de la nivelul mucoasei vaginale sau al celei bucale, reprezintă porţi de intrare prin care virusul existent în limfocitele din spermă poate contamina partenerul sănătos.

Homosexualii constituie în S.U.A. şi în unele ţări occidentale 70% dintre bolnavi, iar în anumite colectivităţi de acest fel 60—70% sînt purtători aparent sănătoşi ai acestei infecţii.

Mai mulţi factori fac ca homosexualii să fie un grup de mare risc, unul din aceşti factori constituindu-l multiplicitatea partenerilor. Un sociolog a remarcat că unii homosexuali americani au avut anual raporturi sexuale cu peste 50—60 de parteneri, fapt ce determină o progresie rapidă a epidemiei într-un grup social ce reprezintă în S.U.A. circa 10 milioane de indivizi. Pe de altă parte, numeroşi homosexuali sînt şi toxicomani, situaţie ce-i predispune la o stare de excitaţie sexuală. Consumul unor droguri — ca heroina — diminuează imunitatea naturală şi facilitează difuziunea virusului. Fragilitatea lor psihică constituie, de asemenea, un factor de scădere a reactivităţii imune.

Trebuie să amintim că sînt expuse infecţiei şi soţiile indivizilor bisexuali.

Calea raporturilor heterosexuale constituie modul obişnuit de transmitere a bolii în Africa, contagiozitatea în aceste condiţii fiind asemănătoare cu cea a sifilisului, virusul pătrunzînd prin leziunile microscopice ce apar în această situaţie pe mucoasele genitale. Maladia se transmite mai uşor de la bărbat la femeie, femeile infectate fiind în număr mai mare. Dar şi bărbaţii pot fi contaminaţi de femei infectate, dacă prezintă leziuni ale glandului sau uretrei, cauzate de alte infecţii, ce constituie poarta de intrare a H.I.V.

Homosexualitatea nu pare a fi un factor important în extinderea bolii în Africa, dar sodomia (act sexual anal) la femei este mai frecventă pe acest continent.

Transmiterea virusului pe cale vaginală este, probabil, mai dificilă, deoarece mucoasa vaginală este mai adaptată contactelor sexuale decît alte căi naturale şi prezintă mai puţine microleziuni.

Dintre factorii care ar facilita transmiterea H.I.V. pe cale vaginală citäm : infecţiile genitale mai frecvente la africane, care prezintă o floră diferită de cea a femeilor din Europa şi Asia, excizia rituală a clitorisului — sursă de noi infecţii —, promiscuitatea sexuală, o anumită stare de imunodepresie a acestei populaţii, în care boli ca tuberculoza şi paludismul sînt endemice.

Şi pe cale sanguină transmiterea este mai frecventă în Africa, prin folosirea seringilor insuficient sterilizate. Prof. L. Montagnier apreciază că, chiar dacă transmiterea heterosexuală a virusului este mai puţin „performantă" faţă de transmiterea homosexuală, în absenţa luării unor măsuri de prevenire se va ajunge, în 10—15 ani, şi în celelalte continente, la situaţia din Africa, unde un procent important al populaţiei adulte, de ambele sexe, este infectat.

Un grup cu mare risc de contaminare îl reprezintă prostituatele şi cei care practică vagabondajul sexual, prin contactarea de raporturi sexuale multiple, cu persoane necunoscute, aşa cum arată unele studii epidemiologice în astfel de colectivităţi.

Există efectiv o progresie rapidă a infecţiei la prostituatele din unele ţări din Africa, iar în New York 30% din prostituatele toxicomane erau purtătoare de infecţii cu H.I.V. şi, într-un procent mult mai puţin ridicat, prostituatele netoxicomane.

Toxicomanii, mai ales cei ce consumă droguri înjectabile, se contaminează foarte uşor, împrumutîndu-şi seringile insuficient sterilizate. Ei reprezintă în S.U.A. 17% din bolnavii cu SIDA. În unele ţări din Europa occidentală, majoritatea cazurilor apar la drogaţi. Sondajele serologice au arătat că în unele colectivităţi de acest fel 50—60% dintre toxicomani sînt infectaţi cu acest virus.

Saliva infectată, în condiţiile sărutului amoros, poate fi contaminantă, dacă primitorul este purtător de leziuni ale mucoasei bucale, ce pot constitui porţi de intrare

---

★ *Sinergism.* = relaţia dintre acţiunile ce se exercită în acelaşi sens.

93313

pentru limfocitele infectate ale donatorului.

Transmiterea virusului prin transfuzie de sînge şi preparate de sînge reprezenta, înainte de a se pune în practică hotărîrea de depistare a infecţiei virale la donatorii de sînge, circa 2,5—3% din totalitatea cazurilor de SIDA din S.U.A. şi Franţa.

Riscul apariţiei SIDA posttransfuzional, deşi nu apare prea ridicat, reprezintă o cale curentă de transmitere, ce se situează imediat după calea sexuală, fapt pentru care opinia medicală s-a arătat foarte preocupată de problema securităţii sîngelui şi a preparatelor de sînge, propunîndu-se măsuri eficace pentru selectarea donatorilor şi a înlăturării riscului unei astfel de transmisiuni.

Spre a ilustra riscul transmiterii cu produse de sînge, cu factor VIII, la cei atinşi de hemofilie, prof. L. Montagnier arată că într-o instituţie franceză ce adăpostea copii hemofilici şi nehemofilici, între 3—16 ani, testul Elisa a demonstrat că 50% dintre hemofilici erau infectaţi cu H.I.V., în timp ce nici un nehemofilic nu era seropozitiv, ceea ce denotă faptul că procesul de contaminare nu are loc în mediul şcolar, prin contacte strînse, dar nesexuale.

Situaţia s-a schimbat în Franţa, după 1 august 1985, dată la care guvernul francez a decis ca toţi donatorii de sînge să fie supuşi testării, pentru a îndepărta dintre donatori subiecţii seropozitivi şi a evita astfel riscul unui SIDA de origine transfuzională.

În practică mai rămîne un foarte mic risc, deoarece nu se pot detecta persoanele recent infectate (sub 4 săptămîni), care n-au format încă anticorpii contra H.I.V.

Transmiterea bolii de la mamă la făt

Mamele bolnave sau purtătoarele asimptomatice ale infecţiei (test Elisa pozitiv) pot transmite infecţia la circa 50% dintre nou-născuţii lor. Aproximativ 2/3 dintre aceşti copii prezintă postnatal manifestări severe (infecţii majore, tulburări neurologice, microcefalie), care pun în pericol existenţa lor. Simptomele sindromului de imunodeficienţă apar la 4—6 luni de la naştere. Mama infectată transmite virusul produsului său de concepţie transplacentar, probabil, în ultimul trimestru al graviditătii. Copilul la naştere, imatur pe plan imunitar, este purtător de anticorpi anti-H.I.V. de la mamă. Transmiterea bolii se mai poate face postnatal prin alăptare, laptele putînd conţine H.I.V., ca şi alte lichide organice, fapt pentru care donatoarele de lapte trebuie selectate prin testare, pentru a evita riscul contaminării pe această cale.

Dat fiind cele mai sus arătate, toate femeile infectate, cu teste pozitive pentru H.I.V., trebuie să evite, prin progestative de sinteză, riscul unei transmiteri transplacentare a virusului la copil.

Mijloace terapeutice

În ce priveşte mijloacele terapeutice (antibiotice, chimioterapice), ele sînt active faţă de agenţii microbieni şi paraziţari etc., oportunişti, dar vindecările obţinute sînt adesea incomplete şi urmate frecvent de recăderi.

Se poate vindeca sau ameliora o pneumocistoză (boală parazitară gravă, întîlnită rareori la copii, determinată de *Pneumocystis carinii*) cu *Pentamidină* sau *Pyrimetamină*, o toxoplasmoză (boală parazitară, congenitală sau dobîndită, determinată de protozoare din genul *Toxoplasma*) cu *Sulfadiazină*, o candidomicoză (afecţiune cutanată, mucoasă, viscerală sau generalizată, datorită ciupercilor din genul *Candida*) cu *Ketoconasole* etc., dar starea imunodepresivă persistentă face ca bolnavul să fie permanent expus unei noi infecţii oportuniste sau unei recidive a primei infecţii.

În terapia sarcomului Kaposi, frecvent asociat bolii, dispunem de unele citostatice şi de diferite forme de interferon (substanţă antivirală), care au dat unele rezultate ; adesea remisiunile sînt însă incomplete sau de scurtă durată.

De multe ori infecţiile oportuniste sînt foarte grave şi, cînd se asociază şi cancere, evoluţia bolii poate fi fulgerătoare.

Tratamentul maladiilor oportuniste şi al cancerelor nu schimbă cu nimic starea de imunodepresie ce se agravează progresiv. Pentru a acţiona asupra sa, ar trebui găsită o medicaţie activă faţă de agentul etiologic viral incriminat şi a complexelor reacţii de imunodeficienţă ce acesta le induce în organism, dar în stadiul actual — trebuie să recunoaştem — sîntem dezarmaţi din acest punct de vedere.

În anii din urmă s-a depus o continuă străduinţă pentru căutarea unei terapii eficiente cu agenţi antivirali, ca şi de imunomodulatori pentru stimularea şi restaurarea rezistenţei sistemului imunocompetent. Efectele obţinute au fost tranzitorii, nepersistente.

Cunoaşterea biologiei intime a virusului constituie baza descoperirii unor medicamente care să permită controlul acestei grave infecţii virale. Un punct de atac vulnerabil îl reprezintă unica enzimă, reverstranscriptaza virusului, care reglează transcripţia genelor virale.

Pînă acum s-a folosit un număr de medicamente cu efecte inhibitorii asupra reverstranscriptazei virale. Dintre acestea amintim *Suramina*, în administrare orală,

care, prin mecanismul amintit, împiedică răspîndirea infecției virale în celulele T, apoi *Ribavirina*, preparatul *Foscarnet*, de asemenea produsul Institutului Pasteur *H.P.A.* 23 (tungstat de antimoniu), un foarte bun inhibitor al reverstranscriptazei virale, bine tolerat, dar care nu vindecă boala, deoarece celulele imunocompetente rămîn susceptibile reinfecției.

Unii autori englezi au urmărit pe un lot de bolnavi cu SIDA efectul unui nou medicament denumit *anti-R.E.*, administrat bucal, cu proprietăți inhibitorii *in vitro* asupra creșterii retrovirusului imunodeficienței umane dobîndite și cu remisiune evidentă a fenomenelor clinice. Pentru a putea fi comercializat se continuă urmărirea rezultatelor terapeutice pe un număr mai mare de bolnavi.

Cel mai promițător medicament în terapia antivirală a SIDA-ei, care s-a dovedit capabil să prelungească supraviețuirea pacienților, dar nu vindecarea, este *Azidothymidina* (A.Z.T.). Se consideră că această substanță oprește creșterea virusului prin perturbări ale lanțului chimic necesar replicării virusului în organism, respectiv prin inhibarea reverstranscriptazei, ca și prin blocarea sintezei proteinei centrale a virusului. Medicamentul poate trece bariera hemato-encefalică și se administrează pe cale orală, după un protocol strict, cu urmărirea clinică și paraclinică foarte atentă a pacienților. Este utilizat în S.U.A. în terapia acestei boli în 12 centrei de studii în dublu orb.

În terapia imunodepresiei induse de virus s-au făcut o serie de încercări de imunostimulare și de creștere a rezistenței celulelor gazdei față de această infecție virală, fără a se obține, pînă în prezent, rezultate durabile.

S-a preconizat terapia cu interferon alfa și gama.

Alfa-interferonul se administrează i.m., pentru efectul antiviral și de activare a macrofagelor, iar gama-interferonul se administrează tot i.m., pentru accelerarea efectului citotoxic. S-a mai încercat tratamentul cu Interleukine 2, i.v., care stimulează proliferarea limfocitelor B și T, ca și efectele citotoxice ; de asemenea, s-a mai folosit Isoprinosina pe cale orală, care stimulează producerea de Interleukină 2 și crește activitatea celulelor Killer normale.

Cu eficacitate clinică îndoielnică s-a mai efectuat transplantul de măduvă osoasă plasmafereză limfocitară.

Hormonul timic ce activează replicarea limfocitelor nu este de recomandat, atît timp cît virusul nu poate fi inhibat în prealabil, întrucît poate determina o extensie a infecției virale.

Probleme dificile ridică și realizarea unui vaccin eficient, dată fiind varietatea antigenică a virusului și slaba producere de anticorpi neutralizanți ce nu pot distruge agentul infecțios. În realizarea unui vaccin s-a acționat pe mai multe căi, prin inactivarea virusului respectiv sau prin diverse tehnici de biologie moleculară și inginerie genetică. Astfel, prof. D. Zagury și B. Moss au reușit, prin inginerie genetică, să decupeze segmentul ce programează la virusul SIDA-ei învelișul și să-l introducă în A.D.N. virusului folosit la vaccinarea antivariolică.

Virusul vaccinal astfel transformat își produce propriul program sub îmbrăcăminte H.I.V.

Acest nou vaccin, denumit deocamdată *D.Z.*, a fost utilizat mai întîi pe animale, iar din 1986, și pe oameni, fără a se ajunge pînă acum la rezultate concludente.

Dată fiind ineficiența mijloacelor terapeutice actuale, singura cale de combatere a acestei grave boli rămîne *prevenirea* sa.

Un document al O.M.S. spune : „Trebuie să facem în așa fel încît persoanele contaminate să nu mai transmită virusul, iar cele sănătoase să nu-l primească".

SIDA constituie o problemă de sănătate publică, așa cum omenirea se pare că nu a mai cunoscut, a cărei expansiune se face necontrolat și care amenință să se extindă în toate țările și să intereseze toate grupele de populație. Măsurile de prevenire a transmiterii bolii, atît pe cale sexuală cît și pe cale sanguină, reprezintă singura cale de apărare împotriva acestui flagel.

În scopul prevenirii contaminării pe cale sexuală trebuie combătută cu fermitate homosexualitatea, adevăratul pericol public în Occident de diseminare a bolii, ca și prostituția sub toate formele sub care se manifestă, avînd în vedere incidența foarte ridicată a purtătoarelor aparent sănătoase ale infecției în acest fel de colectivități, în unele țări deja amintite. Trebuie dusă o luptă hotărîtă împotriva vagabondajului sexual, a tendinței de a crea legături cu persoane necunoscute sau de moravuri ușoare, ce practică prostituția clandestină. În cazul raporturilor sexuale cu persoane necunoscute, se recomandă protecție mecanică, care reduce considerabil riscul contaminării.

Un pericol important îl reprezintă raporturile cu persoane provenind din țările în care a apărut SIDA (cărora, în condițiile unei rezidențe de durată, ar trebui să li se efectueze serotestul specific, cu măsuri în consecință, cum se procedează cu imigranții în S.U.A.), deoarece pe această cale boala trece dintr-o țară în alta. Deocamdată nu s-a stabilit prin lege internațională sistemul de carantină, boala nefiind transmisibilă prin contacte întîmplătoare.

Trebuie combătută tendința unor persoane de a avea multipli parteneri sexuali, de a schimba partenerii. Trebuie insistat asupra necesității unei moralități sănătoase, subliniindu-se avantajele monogamiei, a stabilității cuplului, al fidelității în căsă-

torie. Tineretul trebuie îndrumat în cultul pentru muncă, a canalizării energiei sale spre preocupări ştiinţifice, artistice, sportive, scoţîndu-l de sub influenţa libertinajului sexual şi al distracţiilor facile.

În ce priveşte riscul transmiterii bolii pe cale sanguină, unii specialişti consideră că adevăratul motor epidemiologic al acestui virus, în Africa, îl reprezintă reutilizarea cvasisistematică, în practica medicală, a seringilor şi a acelor de seringă, fără sterilizare.

În Occident, aceeaşi cale are o mare însemnătate în rîndul toxicomanilor, cunoscută fiind incidenţa foarte ridicată a infecţiei cu H.I.V. prin folosirea în comun a seringilor, de grupul de drogaţi.

În multe ţări, introducerea obligatorie a selectării purtătorilor de virus în rîndurile donatorilor de sînge prin teste ce evidenţiază anticorpi anti-H.I.V. a redus, pînă la eliminare, acest risc. Se vor evita injecţiile, scarificările pielii etc., făcute de persoane fără pregătire medicală.

Personalul medico-sanitar ce îngrijeşte persoane contaminate trebuie minuţios instruit, pentru a evita infectarea.

In ţările în care s-au înregistrat cazuri de SIDA se impune controlul serologic al gravidelor şi întreruperea sarcinii la cele infectate.

Pentru ca purtătorii sănătoşi ai infecţiei să nu mai transmită boala, trebuie să se urmărească depistarea celor infectaţi, luarea în evidenţă şi instruirea lor pentru a evita transmiterea virusului în cauză. Ei pot rămîne în familie şi la locul de muncă, luîndu-se însă măsuri pentru a nu împrumuta obiectele de uz personal (periuţa de dinţi, tacîmurile, aparatul de ras, forfecuţa de unghii). Ei nu pot avea raporturi sexuale decît cu persoane informate de starea lor de „purtător de virus", luîndu-se, în acelaşi timp, întotdeauna măsuri de protejare împotriva contaminării (folosirea de protecţie mecanică, de săpun dezinfectant după fiecare raport sexual etc.). Aceste persoane nu au voie să fie donatori de sînge, iar cînd au nevoie de îngrijire medicală trebuie să avizeze corpul medical de starea lor de purtător de H.I.V.

Partenerii sexuali vor fi controlaţi serologic, la 6—12 luni.

Vasele şi tacîmurile personale, după folosirea de către cei contaminaţi, vor fi introduse în soluţie de detergent şi spălate sub jet puternic de apă.

Femeile nu au voie să devină mame, iar cît priveşte copiii purtători de virus, aceştia pot fi primiţi în colectivitate, personalul din şcoală fiind însă instruit asupra modului de îngrijire a unor plăgi sîngerînde, ce pot apărea accidental la aceşti copii, a condiţiilor lor speciale de asistenţă medicală (injecţii, vaccinuri), pentru prevenirea transmiterii infecţiei.

Faţă de bolnavii de SIDA şi PARASIDA, în cursul îngrijirii lor medicale se vor lua măsuri similare, cît mai eficiente, de dezinfecţie, sterilizare şi prevenire a transmiterii infecţiei.

Deşi SIDA a provocat în epoca actuală un veritabil seism psihosocial în întreaga lume, trebuie combătută teama continuă ce a cuprins populaţia din multe ţări, făcîndu-i-se cunoscute căile de contaminare, mijloacele de prevenire, ca şi lipsa de sens a izolării complete şi marginalizării acestor bolnavi. Ei pot să rămînă în mijlocul societăţii, ca şi bolnavii şi purtătorii de virus ai hepatitei B, fără a constitui un pericol public.

Academia de Medicină din S.U.A. consideră că sînt necesare eforturi susţinute — poate cele mai importante şi cele mai intensive care s-au făcut vreodată pentru a lupta împotriva unei maladii infecţioase — dacă se doreşte prevenirea unei catastrofe în materie de sănătate publică. Aceeaşi instituţie medicală evidenţiază costul foarte mare al programelor necesare cercetărilor asupra acestei maladii.

Fără îndoială că, prin marile eforturi ce se fac de către oamenii de ştiinţă din numeroase ţări avansate, se va reuşi să se pună la punct noi arme de luptă contra acestui teribil flagel, care să ducă la rezultate favorabile în evoluţia bolii, atît pe plan epidemiologic, cît şi individual.

Pînă atunci, în lipsa unui vaccin şi a unei terapii eficiente, măsurile de profilaxie primară sînt esenţiale şi singurele care ne rămîn la dispoziţie în lupta împotriva acestei boli cu cel mai sever potenţial, cu care s-a confruntat vreodată omenirea.

Personalului medico-sanitar îi revine obligaţia de a desfăşura o largă şi permanentă activitate de informare şi educaţie sanitară a populaţiei — şi îndeosebi a tinerilor — asupra infecţiei cu H.I.V., a particularităţilor sindromului, a riscului de îmbolnăvire, a mijloacelor de prevenire, care sînt strîns legate de adoptarea unui comportament moral şi sexual sănătos.

Pentru prevenirea infectării, recomandarea principală ce se poate face persoanelor ce se găsesc în perioada de activitate sexuală este aceea de a avea un singur partener şi de a respecta reciproc condiţia de fidelitate ; alte procedee recomandate nu şi-au probat eficienţa totală.

Pe planul măsurilor sanitare este absolut necesar ca persoanele care sînt infectate cu H.I.V., ca şi cei ce fac parte dintr-un grup de risc, să fie excluşi din rîndul donatorilor de sînge şi de organe de transplant.

Este nevoie, de asemenea, de supravegherea grupurilor cu risc crescut la îmbolnăviri, prin metode de investigare serologică specifică, în vederea cunoaşterii gradului de răspîndire a acestei infecţii în rîndul populaţiei.

ACUPUNCTURA. Mijloc eficient de tratament în STOMATOLOGIE

Metodă terapeutică nemedicamentoasă, acupunctura are o origine care se pierde în negura timpurilor, primele cunoştinţe despre stimularea prin înţepare a unor puncte cutanate datînd din Epoca Pietrei.

În decursul timpului cunoştinţele de acupunctură s-au îmbogăţit şi perfecţionat. În zilele noastre, faptul că nu utilizează substanţe medicamentoase, conferă practicii acupuncturale un avantaj major, în special în cazurile cînd starea generală sau fiziologică a pacientului (alergii, boli cardiovasculare, hipertensiune, gravidie etc.) nu-i permit utilizarea substanţelor medicamentoase uzuale sau a corectivelor lor, în vederea obţinerii analgeziei necesare intervenţiilor stomatologice.

DUREREA DENTARĂ ŞI ACUPUNCTURA

Întreaga terapie a acupuncturii este în primul rînd o terapie a durerii, consecinţa dezechilibrului energetic, a cărui redresare duce la dispariţia durerii şi nu rareori a afecţiunii care a produs-o.

Patologia stomatologică este dominată de simptomul durere, ce ocupă un loc esenţial, fiind considerat elementul-semnal al oricărei suferinţe. Durerea reprezintă pentru medicul acupunctor nu numai un simptom al unei afecţiuni, dar şi un semn evident al unui dezechilibru energetic pe traseul unor meridiane.

Chinezii consideră tot Universul ca un echilibru dintre două forţe contrarii — *Yin-Yang* —, care reprezintă şi două categorii de simptome opuse ca sens.

Durerea fiind frecvent întîlnită în simptomatologia diferitelor afecţiuni bucodentare, caracterizarea sa *Yang* sau *Yin* este deosebit de importantă.

Examinarea clinică a bolnavului permite stabilirea naturii dezechilibrului energetic, un studiu mai precis al durerii fiind necesar în vederea obţinerii informaţiilor care decid tehnica de stimulare ce trebuie adaptată în fiecare situaţie în parte, precum şi asupra manevrelor ce urmează a fi efectuate (tonifieri în dureri tip *Yin* şi dispersii în dureri tip *Yang*).

Cele mai multe afecţiuni dentare sînt *Yin* (edeme, dureri profunde), bolnavul fiind uşurat de aplicaţiile locale de căldură sau presiune, care sînt *Yang*. Imaginea clasică a bolnavului agitat, cu obrazul încadrat de un batic sau mîna plasată pe regiunea dureroasă, este un exemplu de afecţiune *Yin*, pe care pacientul are tendinţa de a aduce instinctiv *Yang* (presiune, căldură).

Medicul, pentru a calma o durere dentară, poate să decidă foarte repede tratamentul, în funcţie de această polaritate a durerii (anexa I).

ANEXA 1

Caracteristicile YIN-YANG ale durerii

Yin	Yang
– veche	– recentă
– continuă	– intermitentă
– nocturnă	– diurnă
– fixă	– rebelă
– agravat de :	– agravat de :
– repaus	– mişcare
– frig	– cald
	– presiune
– ameliorat de :	
– mişcare	– ameliorat de :
– cald	– repaus
– presiune	– frig
– profund, osos	– superficial, subcutanat
– difuză	– localizată
– egală ca intensitate	– inegală
– caracter penetrant	– caracter de junghi
– arsură	– fulgurant
	– lanciant
– însoţită de pareză	– însoţită de tensiune
– cu edem	– fără edem
– fenomene satelite	– fenomene satelite :
– paloare	– roşeaţă
– lividitate	– căldură locală
– frig local	
– atrofie, anchiloză	

Nici o algie (durere) nu prezintă caractere distincte *Yin* sau *Yang*, putînd întîlni bolnavi care prezintă dureri diurne lanceolante *(Yang)* şi care se calmează prin căldură şi presiune (caracteristice pentru dureri tip *Yin*). Totuşi, marea majoritate a durerilor provocate de caria

dentară, nevralgia facială sînt *Yin*, iar imposibilitatea de a deschide gura din cauza durerilor consecutive extracţiei unui molar de minte, precum şi alveolitele, în general, sînt de tip *Yang*.

Trebuie ţinut seama şi de faptul că o boală *Yang* poate fi produsă atît de exces *Yang*, cît şi de insuficienţă *Yin* şi invers. O informaţie importantă ne dă perioada de intensitate maximă a durerii. O durere continuă sau intermitentă prezintă întotdeauna un maxim dureros la o anumită oră — cînd meridianul care corespunde perioadei de maxim a durerii este în exces energetic — confirmat şi prin palparea pulsului corespondent.

ANALGEZIA ÎN STOMATOLOGIE

Regiunea capului este parcursă de 6 meridiane *Yang* şi de ramuri terminale profunde de la 4 meridiane *Yin*.

În stomatologie, meridianele şi punctele de acupunctură cele mai folosite sînt cele ce aparţin nivelului energetic *Yang-Ming*, din care fac parte meridianele Intestinului Gros (I.G.) şi Stomacului (S.), ele fiind cele care pătrund la maxilare şi dinţi. Conform medicinii tradiţionale orientale, caria şi durerile dentare sînt consecinţele dezechilibrului energetic în meridianul Stomacului, precum şi ale unui exces energetic în meridianul Intestinului Gros.

În timpul tratamentelor, la punctele acestor meridiane se mai asociază şi alte

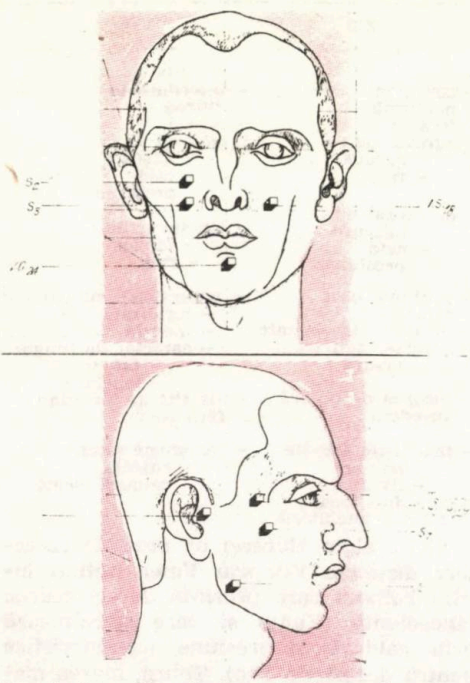


Fig. 1—2. — Puncte folosite în analgezie.

Fig. 3 — Punctul I.G.$_4$ Hegu folosit pentru testare şi analgezie.

puncte de pe meridianele Intestinului Subţire (I.S.) şi Vas de Concepţie (V.C.).

Ameliorarea durerii dentare poate fi obţinută uşor prin masajul dispersant (în sens opus acelor de ceasornic, lent, superficial, blînd) al punctelor S_2 Sibai, S_6 Jiache, S_7 Xiaguan şi I.G.$_4$ Hegu. Punctele S_2 şi S_7 sînt recomandate a fi folosite şi în nevralgia de trigemen.

Trebuie menţionată importanţa deosebită a punctului I.G.$_4$ Hegu (fig. 3) care, în afară de efectele terapeutice şi analgetice, se utilizează în stabilirea receptivităţii la tratamentul prin acupunctură. Stimularea acestui punct duce la anularea reflexului faringian de vomă, constituind astfel o metodă simplă de selecţie a pacienţilor, ceea ce permite scăderea procentului de eşecuri consecutive tratamentului acupunctural.

În cabinet, pe scaunul stomatologic, analgezia poate fi obţinută fie prin stimularea manuală a acelor de acupunctură, fie prin aplicarea de electrozi pe ace şi stimularea acestora prin stimuli permanenţi şi de slabă intensitate. Frecvenţa de analgezie este cuprinsă între 120—150 oscilaţii/minut.

Punctele utilizate pentru obţinerea anesteziei pentru arcada dentară superioară sînt S_2, S_7, I.G$_4$, la care se mai asociază şi punctul extrameridian TAI-YANG (fig. 1, 2 şi 3).

Pentru mandibulă se recomandă S_6, S_7, V.C.$_{24}$, I.G.$_4$, la care se mai poate asocia şi punctul I.S.$_{18}$ (fig. 1, 2 şi 3).

Prin analgezia astfel obţinută se pot efectua extracţii dentare, şlefuiri de coroane dentare, precum şi preparări de cavităţi în vederea obturării acestora.

Analgezia se instalează în 8—20 minute şi dispare după 10—15 minute de la oprirea stimulării, fiind necesară stimularea continuă, pe toată durata tratamentului stomatologic.

Durerile postextracţionale şi hemoragiile sînt mult scăzute, plaga vindecîndu-se rapid.

SEDAREA DINAINTEA TRATAMENTULUI STOMATOLOGIC

Obţinerea analgeziei în cabinetul de stomatologie este preferabil a fi precedată de o sedare neuropsihică a pacienţilor, ce poate fi realizată în urma aplicării unor cîmpuri magnetice slabe, prin intermediul unor biluţe metalice mag-

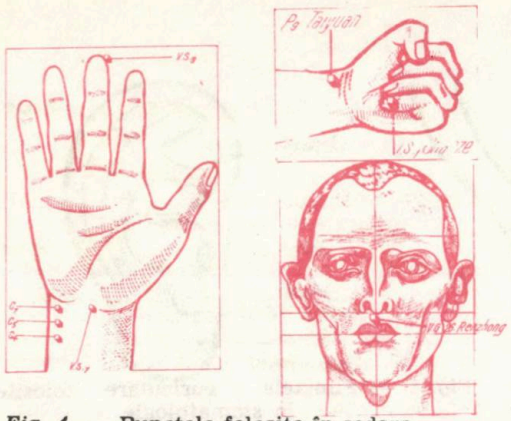


Fig. 4. — Punctele folosite în sedare.
Fig. 5. — Punctele folosite în pierderea cunoştinţei.

netizate, cu diametrul de 2—4 mm, aplicate pe anumite puncte de acupunctură şi fixate cu o bandă adezivă. Aceste biluţe se menţin şi în timpul tratamentului, efectul lor sedativ fiind util în scăderea procentului de pacienţi a căror manifestare îngreuiază tratamentul stomatologic, obţinîndu-se o colaborare mai activă din partea acestora.

Frica datorîndu-se vidului energetic de pe meridianul Cordului — meridian al activităţii psihice —, punctele ce se recomandă a fi utilizate sînt : C_5 Ţongli (tonifiere) şi C_7 Shenmen (dispersie), la care se asociază punctele de pe meridianul Vase-Sex : V.S. $_7$ Daling (tonifiere) şi V.S.$_9$ Zongchong (dispersie) (fig. 4).

La pacienţii care în cursul altor tratamente stomatologice au avut manifestări isterice, se recomandă dispersia punctului C_4 Lingdao, medicina tradiţională orientală considerînd isteria ca un exces energetic pe meridianul Cordului.

Efectul dispersant sau tonifiant al biluţelor magnetice este dat de polaritatea diferită a acestora.

PIERDEREA CUNOŞTINŢEI. TRATAMENT DE URGENŢĂ

Un incident curent întîlnit în practica stomatologică şi cu o frecvenţă destul de mare îl reprezintă pierderea cunoştinţei pacientului, ca urmare a administrării soluţiilor anestezice sau a tratamentului efectuat.

Metodele de tratament prin acupunctură a lipotimiei urmăresc refacerea circulaţiei energiei către extremitatea cefalică.

Foarte util şi eficace în caz de urgenţă este stimularea puternică cu ace sau cu alte obiecte ascuţite (sondă, unghie) a punctului V. G.$_{26}$ Renzhong (fig. 5). La acest punct se mai asociază stimularea punctelor I. G.$_4$ Hegu, P_9 Taiyuan şi I. S.$_1$ Shaoze (fig. 3 şi 5).

În cazul în care tensiunea arterială rămîne coborîtă, se poate utiliza punctul V. C.$_6$ Qihai, situat pe linia mediană, sub ombilic.

Acest tratament al pierderii de cunoştinţă se aplică paralel cu cel obişnuit în astfel de cazuri — orizontalizarea pacientului, stropire cu apă, pălmuirea uşoară a feţei acestuia etc.

Rezultatele ce se obţin sînt imediate, urmate de o recuperare rapidă a bolnavului.

Utilizarea largă a acestor manevre terapeutice în cabinetul de stomatologie este posibilă datorită simplităţii lor, precum şi accesibilităţii punctelor, acestea fiind situate pe extremităţile libere ale pacientului. În acelaşi timp, tehnica acupuncturii corect însuşită şi aplicată este eficace, nenocivă, fiind în acelaşi timp şi uşor acceptată şi suportată de pacienţii în cauză.

AURICULOTERAPIA ÎN STOMATOLOGIE

Pornindu-se de la dorinţa de a realiza o cale nedureroasă de tratament stomatologic, precum şi în vederea prelungirii analgeziei după ce pacientul a părăsit cabinetul, se poate apela la auriculoterapie — metodă ce utilizează excitarea unor puncte de la nivelul pavilionului urechii, în scopul obţinerii unor răspunsuri reflexe la nivelul diverselor organe, care corespund zonei stimulate.

Originile acestei metode, azi din ce în ce mai folosită, sînt foarte vechi, primele indicaţii cu privire la folosirea auriculoterapiei în China datînd din antichitate (475—221 î.e.n.).

În Europa, Antonio Maria Valsalva (1666—1723) precizează regiunile pavilionului urechii, care erau cauterizate în durerile dentare, descriindu-le în lucrarea sa „De Aura Humana Tractatus". Profesorul A. Huck descrie, în 1740, instrumentul cu ajutorul căruia se făceau aceste cauterizări.

Cercetările în domeniul auriculoterapiei au fost reluate în secolul nostru atît de chinezi, cît şi de europeni (dr. P. Nogier din Lyon), care ajung la concluzia că de la nivelul pavilionului urechii pot

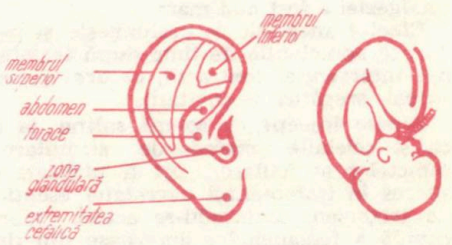


Fig. 6. — Zonele de proiecţie a organismului pe pavilionul urechii şi poziţia intrauterină.

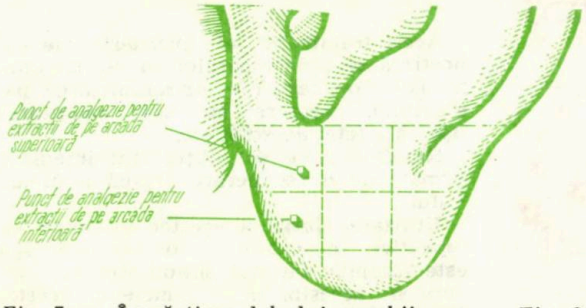


Fig. 7. — Împărțirea lobului urechii pentru localizarea punctelor de injectare a soluțiilor alcaline.

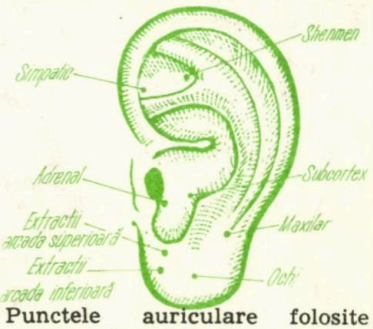


Fig. 8. — Punctele auriculare folosite în stomatologie.

fi influențate toate segmentele și organele corpului omenesc.

Aceste puncte, în număr de peste 200, schițează în ansamblu o imagine răsturnată a organismului uman pe pavilionul urechii externe. Proiecția cavității bucale se găsește în vîrful lobului urechii, în treimea ei anterioară (fig. 6).

Punctele prin a căror stimulare se obține în mod reflex analgezia bucodentară sînt „punctul de analgezie în vederea extracției dentare de pe arcada dentară superioară", respectiv inferioară, descrise de acupunctorii chinezi, și „punctul maxilar", descris de Nogier, care s-a dovedit a avea doar o importanță terapeutică cu rol în echilibrarea energetică din zona bucodentară, prin stimularea lui neobținîndu-se efecte analgetice satisfăcătoare.

Excitarea acestor puncte auriculare prin intermediul acelor manevrate manual sau electric duce la instaurarea, în scurtă durată, a analgeziei. Deosebit de eficace s-au dovedit și injecțiile cu soluții saline în aceste puncte, cu condiția să fie făcute rapid, iar pacientul să nu fie rezistent la tratamentul prin acupunctură (fig. 7).

Analgezia consecutivă injecțiilor saline apare în 3—8 minute, fiind însoțită de senzații de căldură, umflătură și sensibilitatea crescută a pavilionului urechii. S-a observat că la pacienții care au perceput senzația de căldură la locul injectării soluției saline, procentul de obținere a analgeziei a fost mai mare.

Efectul anestezic se prelungește și pe o durată apreciabilă de timp după terminarea intervenției (extracții, chiuretaj periapical, pregătiri de cavități).

Aceste injecții cu soluții saline, la fel ca și celelalte metode de stimulare a punctelor auriculare, pot fi utilizate cu succes în tratamentul nevralgiei esențiale de trigemen, obținîndu-se astfel cedarea rapidă a fenomenelor dureroase din timpul crizei, precum și mărirea intervalului dintre două crize consecutive.

În decursul tratamentelor stomatologice, celor două puncte menționate li se mai asociază și altele, cu acțiune antiinflamatoare, analgetică sau sedativă a sistemului nervos. Aceste puncte sînt Shenmen, Adrenal, Subcortex, Ochi, care sînt stimulate prin intermediul unor ace fine în formă de pioneză, care se inseră pe pavilionul urechii, în punctele respective (fig. 8).

O metodă antică folosită de chinezi, preluată recent și de unii acupunctori de la noi, este stimularea punctelor auriculare, atît înainte, cît și după tratamentul stomatologic, prin micromasaj auricular. Acest micromasaj se efectuează prin intermediul semințelor de *Brasica oleraceea*, ce înlocuiesc acele, fiind fixate pe punctele respective prin intermediul unei benzi adezive. Pacientul pleacă cu aceste biluțe aplicate pe ureche și le stimulează singur, după o instruire sumară.

La purtătorii acestor semințe se poate observa lipsa durerii postoperatorii la locul intervenției, în același timp fiind favorizată refacerea țesuturilor lezate și obținerea unei vindecări mai rapide a pacientului.

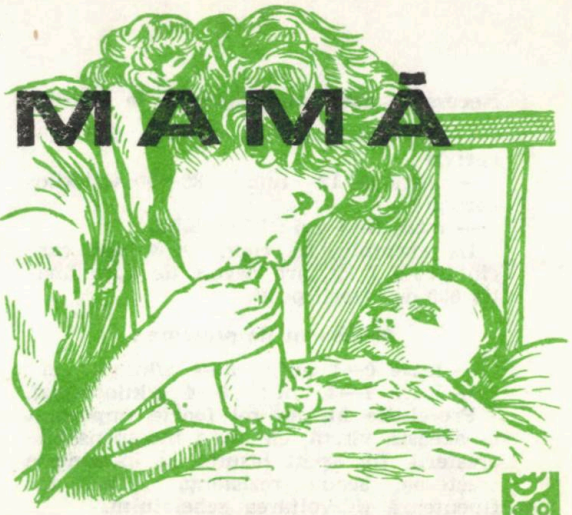
Asocierea auriculoterapiei și a acupuncturii cu metodele uzuale de tratament conduc la bune rezultate și la o recuperare rapidă a bolnavului.

Avînd în vedere că metodele expuse nu înlocuiesc deplin tratamentele clasice, ci doar le completează, se consideră că folosirea acupuncturii de către neinițiați sau „la domiciliu" poate avea doar un rol de calmare provizorie a durerii și de temporizare a intervenției medicale, prezentarea la medicul specialist impunîndu-se ori de cîte ori este nevoie.

Și în stomatologie, prevenirea afecțiunilor este esențială, constatare cu care ne întîlnim și în „Tratatul Interioarelor" al lui Huang di Nei Jing, prima lucrare medicală (475—221 î.e.n.) în care este prezentată acupunctura și din care se desprinde ideea priorității profilaxiei.

Dr. Andrei Kozma
MEDIC STOMATOLOG,
I.O.M.C. București

Gînduri despre MAMĂ



● Nimic mai duios decît a vedea o mamă cu ce ochi priveşte cînd alăptează copilul, nimic mai demn ca o mamă în mijlocul copiilor ei.

Goethe

● O mamă poartă în pîntecul ei copilul timp de 9 luni, îl poartă pe braţe cît timp e micuţ şi plăpînd, îl poartă în inima ei cît timp trăieşte.

Logau

● Cînd eşti bolnav, cea mai bună soră de caritate îţi e mama : străjeră în timpul somnului, roabă devotată în timpul zilei.

Maurus Jokai

● Puţini te iubesc ca tatăl tău — nimeni însă nu te iubeşte ca mama ta.

Proverb indian

● Numai o iubire există curată, dezinteresată, divină. E iubirea maternă.

Geory Ebers

● Mîna mamei, chiar cînd bate, e moale.

Proverb ceh

Culese şi selectate de :

dr. MIHAI MATEICIUC

PRODUSE INDUSTRIALE ALIMENTARE PENTRU COPII

4 LUNI — 3 ANI

Grija pentru alimentaţia raţională a copiilor mici, sub 3 ani, s-a manifestat şi în preocupările specialiştilor în industria alimentară şi a medicilor igienişti şi pediatri.

Astfel, în ţara noastră, de cîţiva ani se produc, la nivel industrial, preparate alimentare pentru copii — tip **baby-food** — destinate alimentaţiei copiilor de la 4 luni la 3 ani.

Recomandăm, fără rezerve, aceste preparate, deoarece ele nu conţin conservant, singura prelucrare fiind cea termică.

Alimentaţia copiilor sugari şi de vîrstă mică este reglementată prin norme internaţionale recomandate de organe specializate din cadrul F.A.O. (Organizaţia Mondială pentru Alimentaţie) şi O.M.S. (Organizaţia Mondială a Sănătăţii).

Astfel, în preparatele pentru sugari se recomandă următoarele elemente, la 100 de calorii :

— proteine minimum 1,8 g ;
— calciu 50 mg ;
— fosfor 25 mg ;
— fier 1 mg ;
— lipide minimum 3,3 g şi maximum 6 g.

Ca urmare, toate produsele pentru copiii sub 3 ani, fabricate în ţara noastră, au o compoziţie echilibrată, care asigură o alimentaţie ştiinţifică acestei grupe de vîrstă, corespunzătoare cerinţelor de creştere şi dezvoltare psihică şi fizică.

Prezentăm mai jos nevoile nutriţionale — cantitative şi calitative — ale copiilor de 0—3 ani.

Necesarul energetic exprimat în calorii :

— primele 6 luni : 90—110 Cal/kilocorp/zi ;
— între 6—12 luni : 80—90 Cal/kilocorp/zi ;
— între 1—3 ani : 1 300 Cal/zi.

De exemplu, un copil de 6 luni, care cîntăreşte 7 kg, are nevoie de aproximativ 800 de calorii pe zi.

Necesarul de proteine :

— între 0—1 ani : 3—4 g/kilocorp/zi ;
— între 1—3 ani : 3—4 g/kilocorp/zi.

Proteinele au un rol foarte important la această vîrstă, ele fiind indispensabile creşterii. Un aport insuficient încetineşte creşterea, scade rezistenţa la boli, influenţează dezvoltarea scheletului.

Din totalul proteinelor necesare la această vîrstă, 75% trebuie să fie de origine animală.

Proteinele animale se găsesc în lapte, ouă, carne, peşte, brînzeturi, preparate de carne.

Proteinele vegetale se găsesc în mazăre, fasole, cereale.

La copiii sub un an se recomandă pireurile de legume în amestec cu carne, peşte sau ouă şi supele.

Peste 2 ani se pot da în cantităţi mici şi mazărea sau fasolea uscată, tot sub formă de pireuri.

Necesarul de lipide (grăsimi) :

— între 0—1 an : 6 g/kilocorp/zi ;
— între 1—3 ani : 4—5 g/kilocorp/zi.

Alimentele bogate în lipide sînt laptele, untul, ouăle, smîntîna, frişca, uleiul.

La copiii sub 3 ani nu sînt permise slănina sau untura de porc.

Necesarul de glucide :

Raţia zilnică la această vîrstă este de 10—15 g/kilocorp.

Alimentele bogate în glucide sînt zahărul, dulciurile, făinoasele, unele legume şi fructe.

La copiii peste 4 luni se recomandă morcovii, cartofii, spanacul, dovleceii, conopida, roşiile, sfecla roşie, sub formă de sucuri la început, apoi pireuri şi soteuri.

Fructele sub formă de sucuri, creme, pireuri, se introduc de la 2 luni.

Toate produsele fabricate la nivel industrial în ţara noastră pentru grupa de copii 4 luni — 3 ani corespund cerinţelor de mai sus.

În continuare vă prezentăm aceste produse.

CREMĂ DE MORCOV :
componente : — morcov
Se consumă ca atare.
Se recomandă în alimentaţia copiilor în vîrstă de minimum 4 luni.
Conţine : — proteine 1,03 g%
— lipide 0,36 g%
— glucide 9,07 g%
— calorii 44,8 %.

CREMĂ DE PIERSICI :
componente : — piersici
— zahăr
Se consumă ca atare.
Se recomandă în alimentaţia copiilor în vîrstă de minimum 5 luni.
Conţine : — proteine 0,84 g%
— glucide 14,90 g%
— calorii 64,53%

CREMĂ DE GUTUI :
componente : — gutui
— zahăr
Se consumă ca atare.
Se recomandă în alimentaţia copiilor în vîrstă de minimum 10 luni.
Conţine : — proteine 0,34 g%
— glucide 17,13 g%
— calorii 71,63 %

CREMĂ DE FASOLE VERDE :
componente : — fasole verde
— cartofi
— pătrunjel (rădăcină)
— ceapă
— pastă de tomate
— lapte praf
— făină de grîu
— ulei.
Se consumă ca atare sau încălzit.
Se recomandă în alimentaţia copiilor în vîrstă de minimum 10 luni.
Conţine : — proteine 2,37 g%
— lipide 5,05 g%
— glucide 9,66 g%
— calorii 56,2%

CREMĂ DE SPANAC :
componente : — spanac
— sare
Se consumă cu alte preparate.

Se recomandă în alimentația copiilor în vîrstă de minimum 12 luni.

Conține : — proteine 1,82 g%
— lipide 1,20 g%
— glucide 3,93 g%
— calorii 41,54%

CREMĂ DE MERE CU MORCOV :

componente : — morcov
— mere
— orez
— lapte praf
— zahăr

Se consumă ca atare.

Se recomandă în alimentația copiilor în vîrstă de minimum 4 luni.

Conține : — proteine 1,29 g%
— lipide 0,32 g%
— glucide 17,58 g%
— calorii 80,30%

PIREU DE SPANAC CU OREZ :

componente : — spanac
— lapte praf
— ulei de floarea-soarelui
— orez
— pastă de tomate
— zahăr
— sare

Se consumă ca atare.

Se recomandă în alimentația copiilor în vîrstă de minimum 12 luni.

Conține : — proteine 3,34 g%
— lipide 6,40 g%
— glucide 12,45 g%
— calorii 124,26%

PIREU DE FASOLE VERDE :

componente : — fasole verde
— cartofi
— pătrunjel (frunze)
— pastă de tomate
— lapte praf
— făină de grîu
— ulei de floarea-soarelui
— zahăr
— ceapă

Se consumă ca atare.

Se recomandă în alimentația copiilor în vîrstă de minimum 12 luni.

Conține : — proteine 2,22 g%
— lipide 4,82 g%
— glucide 10,69 g%
— calorii 95,75%.

PIREU DE MAZĂRE CU CARTOFI :

componente : — mazăre verde
— cartofi
— mărar verde
— pastă de tomate
— zahăr
— făină de grîu
— ulei de floarea-soarelui
— sare

Se consumă ca atare sau încălzit.

Se recomandă în alimentația copiilor în vîrstă de minimum 12 luni.

Conține : — proteine 3,13 g%
— lipide 4,13 g%
— glucide 16,39 g%
— calorii 119,18%

CREMĂ DE DOVLECEI CU OREZ :

componente :
— dovlecei în floare
— orez
— pătrunjel (frunze)
— pastă de tomate
— lapte praf
— zahăr
— ulei de floarea-soarelui
— ceapă
— sare

Se consumă ca atare sau încălzit.

Se recomandă în alimentația copiilor în vîrstă de minimum 12 luni.

Conține : — proteine 1,90 g%
— lipide 5,49 g%
— glucide 15,52 g%
— calorii 122,48%

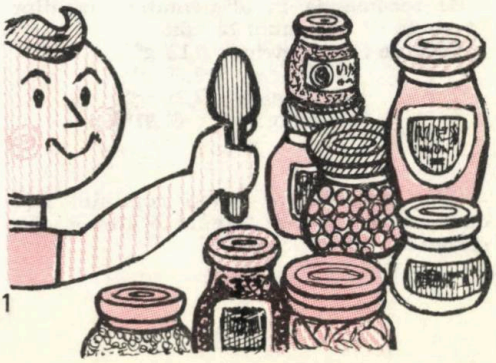
PIREU DE OREZ CU CARNE DE PASĂRE :

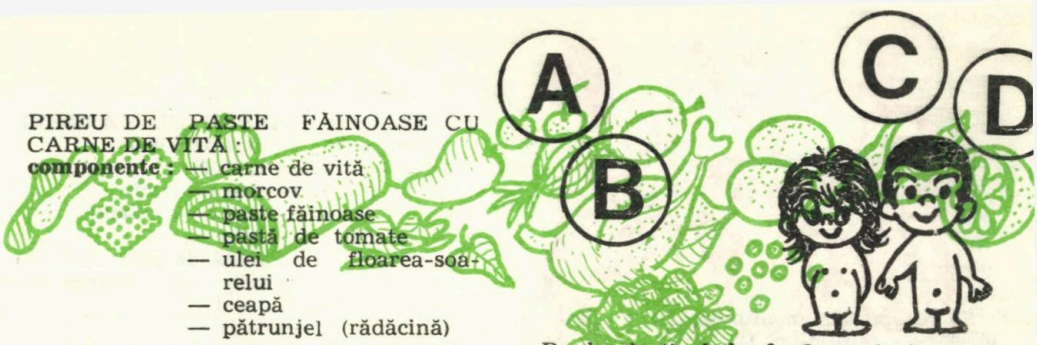
componente : — carne de pasăre
— orez
— ulei de floarea-soarelui
— ceapă
— pătrunjel (rădăcină)
— sare

Se consumă ca atare sau încălzit.

Se recomandă în alimentația copiilor în vîrstă de minimum 12 luni.

Conține : — proteine 5,17 g%
— lipide 3,73 g%
— glucide 12,15 g%
— calorii 105,74%





PIREU DE PASTE FĂINOASE CU CARNE DE VITĂ :

componente : — carne de vită
— morcov
— paste făinoase
— pastă de tomate
— ulei de floarea-soarelui
— ceapă
— pătrunjel (rădăcină)
— sare

Se consumă încălzit.

Se recomandă în alimentaţia copiilor în vîrstă de minimum 12 luni.

Conţine : — proteine 6,01 g%
— lipide 2,53 g%
— glucide 8,83 g%
— calorii 84,37%

PIREU DE MAZĂRE CU CARNE DE VITĂ :

componente : — mazăre verde
— carne de vită
— morcov
— cartofi
— ulei de floarea-soarelui
— lapte praf
— ceapă
— făină de grîu
— zahăr
— sare

Se consumă încălzit.

Se recomandă în alimentaţia copiilor în vîrstă de minimum 12 luni.

Conţine : — proteine 7,47 g%
— lipide 2,28 g%
— glucide 8,17 g%
— calorii 85,33%

PIREU DE FASOLE VERDE CU CARNE DE VITĂ :

componente : — fasole verde
— carne de vită
— orez
— cartofi
— pastă de tomate
— morcov
— ulei de floarea-soarelui
— ceapă
— pătrunjel verde
— ţelină
— sare

Se consumă încălzit.

Se recomandă în alimentaţia copiilor în vîrstă de minimum 12 luni.

Conţine : — proteine 6,12 g%
— lipide 2,50 g%
— glucide 3,31 g%
— calorii 61,91%

*

* *

Sînt perioade în viaţa copilului mic cînd trebuie să i se asigure o alimentaţie dietetică.

Produsele tip **baby-food** pot fi de mare ajutor în astfel de situaţii.

Astfel există produse cu un conţinut ridicat de fier, recomandate mai ales în caz de anemii : conservele sub formă de pireuri, carne-legume, crema de spanac.

O cantitate de 50—100 g/zi din aceste produse asigură necesarul de fier al unui copil sub un an.

Produse cu un conţinut ridicat de calciu, fosfor sau magneziu : pireul de morcovi, crema de spanac, pireul de dovlecei cu orez, pireul de spanac cu orez.

Produse cu un conţinut redus de calorii, recomandate copiilor graşi : pireuri de legume cu ulei vegetal.

Produse fără lapte sau produse lactate, recomandate copiilor cu defecte de absorbţie a lactozei : pierurile şi cremele pe bază de legume, fructe, carne, cu excepţia celor cu morcov.

Produse cu conţinut redus de proteine, recomandate copiilor cu fenilcetonurie (afecţiune metabolică ereditară, caracterizată prin tulburări cerebrale şi de creştere) : pireuri sau creme de legume sau fructe.

Produse sărace în glucide, recomandate copiilor bolnavi de diabet : pireuri şi creme de spanac.

Produse sărace în sare, recomandate copiilor cu dereglări ale funcţiei renale : creme şi pireuri din legume (mazăre verde, fasole verde) sau fructe, cu sau fără carne.

Produse cu conţinut ridicat de pectină, recomandate în diaree : crema de morcov, crema de mere cu morcov, crema de gutui. La acestea se poate adăuga pastă de orez.

Trebuie să spunem că toate aceste produse industrializate pot fi folosite ca adaosuri în supe, ciorbe, sau la ele se pot adăuga alte produse, ca : zahăr, brînză de vaci sau telemea desărată, carne, ouă etc.

Astfel, prin această gamă de produse alimentare industriale destinate copiilor sub 3 ani se asigură o alimentaţie echilibrată acestor copii, se uşurează munca mamelor, iar copiii noştri vor creşte sănătoşi şi frumoşi.

Dr. Camelia Pârvan
MEDIC SPECIALIST ÎN IGIENA ALIMENTAŢIEI
Institutul de Igienă şi Sănătate Publică, Bucureşti

ROTOFEI

Copilul mamei-i rotofei
Că-nfulecă şi nu se lasă,
De-i carne slabă ori e grasă,
Nu are importanţă ce-i...
Să fie, însă, cît mai multă
Că el pe mama o ascultă,
Nu face mofturi la nimic
Că mama lui îl vrea... „voinic" !

Şi-apoi bomboane, ciocolată
Şi biscuiţi, şi îngheţată,
Fursecuri, miere de albine
Şi-n plus şi... polivitamine.

La joacă, însă, parcă nu-i
La fel cu cei de vîrsta lui,
Că e la fugă mai greoi,
Ca un cogeamite pietroi.
Dar mama lui nu-i intrigată
De e cum e şi cum arată —
Că nu e spornic la viteză...
Că şi mămica e... obeză !

D. C. MAZILU

Copilărie FERICITĂ

Pe-o străduţă parfumată
De-un tei mare înflorit,
O fetiţă cîrnă tare,
Cu păpuşa şi mam-mare,
Au ieşit la hoinărit.

Altă fată jucăuşă,
Tot sărind într-un picior,
Cu o cretă colorată
Desenează jungla toată
Şi alături, un dresor.

Mai încolo, pe-o alee,
Un băiat cîrlionţat,
Apără de zor o poartă ;
Mare meci aici se joacă,
Pe-un teren improvizat.

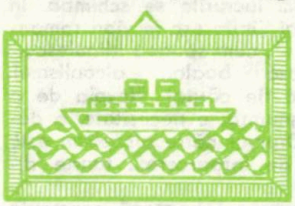
Sînt copiii străzii mele,
Zgomotoşi, nepotoliţi,
Cu obrajii plini de soare
Şi cu ochii de cicoare,
Sănătoşi şi fericiţi.

Sînt copiii ţării mele,
Florile bogatei glii,
Ei vor duce mai departe
Patria iubirii noastre,
Faima mîndrei Românii !

Aurelia Acostăchioaei

LA ŞTRAND

(Monoverb eliptic anagramat : (6) + 5 = 10)



ANATOMICĂ

(Monoverb : 6–9)

NUTRIŢIONALĂ

(Monoverb : 6–9)

BALNEOCLIMATERICĂ

(Sinoverb eliptic anagramat : 3 + (4) = 6)

ADAM STOICA

NU - ABUZULUI DE ALCOOL

PAR AVION

SCRISOARE DESCHISĂ PE ADRESA UNOR TINERI ŞI A PĂRINŢILOR LOR

Dragii mei,

Vinul e cunoscut pe plaiurile carpatine încă din timpul lui Burebista. Cotnarul e pomenit de Cantemir în Descriptio Moldaviae *şi în cronica lui Miron Costin.*

Nenumărate pagini ale literaturii preamăresc „vinul de viaţă lungă"... „lichidul solar, dătător de zile senine, ce stropeşte cu gălbenuşul său de chihlimbar petrecerea săţioasă"...

Dar vinul, dragii mei, ca şi celelalte alcooluri, nu se bea oricînd şi oricum. *Şi nici* oricît. *Pentru ca poezia lui să nu devină dramă ! Sau tragedie !*

*

* *

Accesibilitatea la alcool este liberă. Uneori prea liberă şi prea precoce. Mult prea precoce. Spunea Brîncuşi : „Bărbatul adevărat nu prea bea pînă nu-şi înjghebează gospodăria". Astăzi însă — în secolul vitezei — întîlnirea cu alcoolul se face mult prea devreme. Şi nu numai cu vinul, ci şi cu ţuica sau vişinata, cu coniacul sau vodca.

În însuşi sînul familiei funcţionează convingerea tradiţională după care vinul fortifică, hrăneşte, încălzeşte ; că masa precedată de o „tărie" va fi mai bine apreciată ; urmată de un pahar... va fi mai bine digerată. De aceea, în mijlocul mesei familiale tronează — nu rareori —, ca un simbol, sticla sau carafa cu băutură.

Copilul pricepe foarte repede că a ciocni pahare, a bea împreună, marchează toate momentele forte ale convieţuirii. Se bea la bucurie, ca şi la suferinţă ! Naşterea ultimului copil, aniversarea mamei sau promovarea tatălui, reuşita la examen, ca şi... înmormîntarea bunicului sînt prilejuri de a deschide cîteva sticle. Copilul vede că alcoolul îi destinde pe adulţi, declanşează veselia şi cîntecul, comunicările deschise. El simte că băutura desfiinţează barierele dintre generaţii,

îi apropie pe cei mari de el, de lumea lui. De aceea copilul e fericit că e tratat ca un egal, că i se permite să-şi înmoaie buzele în vin, să golească fundul paharului... să tragă „o duşcă".

Şi astfel începe iniţierea... dacă ea nu a început şi mai precoce : atunci cînd mama sau bunica au pus în biberon cîteva picături de alcool... pentru ca micuţul să fie liniştit, să doarmă bine şi — mai ales — să nu deranjeze.

Iată deci că există un întreg ritual al iniţierii foarte subtile, care va marca trecerea progresivă de la statutul de copil la cel de adolescent, apoi de adult.

Aşadar tînărul — căruia abia i-a mijit mustaţa — ştie de mult că alcoolul destinde... înveseleşte... creează şi consolidează prietenii... înlătură norii negri, nemulţumirile vieţii cotidiene. El va observa — curînd — că paharul de băutură favorizează integrarea în mediul şcolar, profesional, social, că prelungeşte camaraderia de pe băncile şcolii, de la locul de muncă, de pe terenul de sport, într-o atmosferă de sărbătoare, de căldură, de complicitate virilă.

Veţi spune că cei mai mulţi tineri sînt cumpătaţi, nu caută alcoolul pentru efectele sale psihologice sau psihice. Nu abuzează de alcool.

Sînt de acord cu voi ! Dar... Dar dacă paharele cu „rod al toamnei ruginii" se înmulţesc, devin prea dese... Dacă adolescentul sau tînărul crede că dă dovadă de bărbăţie, de emancipare, bînd altfel decît „toată lumea"... Dacă tînăra vrea să bea „ca bărbaţii"... şi o face... lucrurile se schimbă. În rău ! Atunci nu mai „înfloresc în viori romanţele picurate subţire", cum spunea Minulescu... Atunci se profilează boala... alcoolismul. Alcoolul începe să fie căutat. Nevoia de a bea rămîne o obişnuinţă, o necesitate, o dominantă a vieţii. Drumul către alcoolism este deschis şi calea de întoarcere... foarte dificilă.

În acest moment grupul, „gaşca", constituie mediul necesar şi incitator al nevoii de a bea. Căldura afectivă şi anonimatul oferit de grup favorizează intoxicaţia alcoolică antrenînd — nu rareori — toate libertăţile instinctuale, verbale şi fizice, degajările agresive, luarea unor hotărîri nesăbuite, infracţiunile.

În alte cazuri — e vorba de familiile destrămate — alcoolul e căutat mai puțin pentru efectul său stimulant, cît pentru umplerea golului sufletesc și a lipsei de afecțiune, pentru combaterea anxietății sau deprimării, pentru deconectarea de sine și de alții.

Consumul abuziv de alcool este urmat de o degradare fizică și psihică rapidă. Ciroza alcoolică, polinevrita, encefalopatia sau *delirium tremens* fac uneori din tînărul alcoolic o epavă, un rebut. O epavă fizică... un rebut social.

*

* *

Dragii mei,

Alcoolul fără măsură... abuzul de alcool – de orice fel – este un mare dușman al sănătății tînărului, al realizării sale în viață.

Ce-i de făcut? Ce facem, părinți? Ce facem, educatori?

În lupta împotriva alcoolului prohibiția dă faliment! Ca și constrîngerea!

Educația – din familie și din școală – climatul de muncă, exemplul familiei și al societății, folosirea judicioasă a timpului liber sînt singurele ce pot izbîndi. Și cumpătarea. O cumpătare atît de caracteristică pămîntului nostru care „prea are de toate, ca să nu aibă și măsură".

Eugen Alexe
Medic primar
Doctor în științe medicale

P.S. Aștept răspunsul vostru. Nu în vorbe. În fapte!

EPIGRAME

UNUI BEȚIV

E acuzat precum că el,
Toată ziua, bea de stinge,
Cu plăcere și mult zel,
Dar de apă nu se-atinge.

UNUI MÎNCĂCIOS

Înfulecă mereu cît doi,
Umplîndu-și vajnicul burtoi,
Cu tot ce este mai de soi,
Pînă ajunge un ... „butoi".

UNUI ARȚĂGOS

De harță îți găsești mereu,
Stropind veninul, ca și-un duș,
Dar într-o zi nu va fi greu,
Să-ți punem, totuși, un căluș.

UNUI FUMĂTOR

Te „conservi" înfășurat în mult fum,
Precum și o galbenă scrumbie,
Ce îți rămîne, nu-i decît un scrum,
Și zgura, de pe celula vie.

TITEL CANACHE

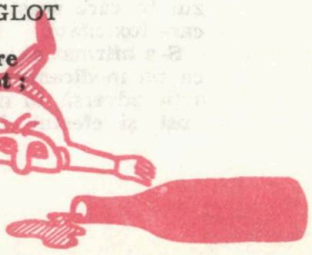
BACHUS se amuză

UNUI PESCAR

Sub o salcie pletoasă,
Pescuiește consolat,
De-un Cotnar și de o Grasă,
Pește gata ... afumat!

UNUI PRETINS POLIGLOT

Fără cărți sau dicționare
„Conversează" peste tot;
Bea tăria din pahare,
Și devine... poliglot.



UNUIA

Băutura n-o atinge,
O consideră flagel,
Dar constat că n-o respinge,
Dacă n-o plătește el !

UNUI MARINAR ADEPT
AL LUI BACHUS

De ce stă-n restaurant,
Ziua-ntreagă, pricepui :
Simte că e comandant,
În apele lui !

ULTIMA DORINȚĂ
A UNUI CHEFLIU

Și-a dat ultima suflare,
C-o dorință nefirească :
«Cînd o fi la-nmormîntare,
Să-mi cîntați... „Mulți ani trăiască !“»

Ing. I. NEGREANU
Membru al Clubului Epigramiștilor „Cincinat Pavelescu“

O PLEDOARIE PENTRU PRUDENȚĂ ÎN UTILIZAREA MEDICAMENTELOR

S-a definit medicament acea substanță sau preparat farmaceutic capabil să producă în organism un efect biologic, mai bine zis, care poate să determine modificări ale anumitor sisteme biologice în sensul prevenirii, ameliorării, ușurării sau vindecării unor tulburări echivalente cu starea de boală.

În general, prin implicarea unui medicament în întregul metabolism al organismului sînt de așteptat, pe lîngă efectul dorit, și o seamă de efecte paralele, denumite efecte sau reacții secundare (însoțitoare) sau adverse (potrivnice), în cazul în care acestea își manifestă o oarecare toxicitate.

S-a afirmat că „atunci cînd se va spune că un medicament nu prezintă nici o reacție adversă, în mod sigur, acestuia îi va lipsi și efectul farmacologic principal“.

Farmacologiei, știința care supraveghează efectele medicamentelor, în ultima vreme i s-au lărgit imens atribuțiile, prin deschiderea acelui capitol numit „farmacovigilență“, care apără bolnavul de efectele toxice colaterale ce pot aduce mari prejudicii acestuia, uneori suferințele „iatrogene“ (provocate de actul medical) fiind mai supărătoare decît boala însăși.

Farmacovigilența atrage atenția asupra tuturor fațetelor unui medicament, deschizînd calea împlinirii milenarului dicton referitor la remediile curative, care spunea : **„Primum non nocere, deinde curare“** („În primul rînd să nu fie dăunător și după aceea să vindece“).

Fiecare organism, avînd specificitatea sa biologică, răspunde în mod diferit la impactul cu un xenobiotic (substanță străină echilibrului biologic instaurat). Fiecare organism metabolizează în mod diferit o substanță sau alta, o doză sau alta de medicament ; de aceea, pe bună dreptate, medicul, la prescrierea unei medicații, are în vedere tratarea pacientului și nu a bolii. În acest sens, apare rațională opțiunea medicului, a producătorului de medicamente, a pacientului pentru medicamente cu formulări mai puțin complexe, în general, cu una, maximum două substanțe active.

Se cunosc în prezent foarte multe aspecte referitoare la reacțiile adverse ale medicamentelor, a celor care au trecut proba timpului, sau a celor noi, introduse în terapeutică. Totuși surprizele apar permanent și, deși în faza de cercetare preclinică (înaintea utilizării la patul bolnavului) a unui medicament, studiile farmacologice se extind pînă la limitele cele

mai avansate, în zilele noastre, cînd nenumăraţi factori exteriori — de mediu, de alimentaţie, de viaţă (stresul, poluanţii de pildă) — modifică fiziologia omului, ca şi a altor organisme vii, pot apărea noi fenomene capabile să schimbe dinamica unui medicament (farmacodinamia), modul său de acţiune, efectul farmaceutic. Riscuri mai mari prezintă, în acest sens, copiii, vîrstnicii, femeile însărcinate sau care alăptează, pacienţii suferinzi, cu echilibru biologic precar.

Efectele secundare toxice sînt adesea specifice structurii chimice a substanţei medicamentoase şi depind în mare măsură de doză. Există mari preocupări în domeniul sintezei de medicamente, în sensul obţinerii unor derivaţi care să păstreze efectele terapeutice, eventual să se obţină compuşi cu efecte superioare, dar să fie lipsite de efecte secundare, să aibă o cît mai slabă activitate nocivă. Exemplele sînt numeroase. În domeniul analgezicelor, de la acidul salicilic, extras din scoarţa de salcie, folosit în urmă cu mai bine de un veac, s-a ajuns la acidul acetilosalicilic — Aspirina — cu o mai bună toleranţă, iar în zilele noastre s-au sintetizat derivaţi ai Aspirinei (sarea de aluminiu, de magneziu, salicilatul de colină, acetilsalicilatul de lizină). Apoi, o seamă de compuşi din grupa Propranololului, medicamentele betablocante, au fost riguros selectate de terapeutică, fiind în prezent larg utilizate numai acelea care prezintă reacţii adverse minime.

Toleranţa faţă de un medicament diferă în mare măsură de la un individ la altul. Astfel, o anumită doză dintr-un anumit medicament poate fi bine tolerată de majoritatea pacienţilor, în timp ce la alţii pot apărea unele tipuri de reacţii adverse, din cauză că la aceştia, datorită unor condiţii speciale de metabolizare a medicamentului respectiv, se pot forma metaboliţi toxici. Studiile preclinice pe animale nu sînt în toate cazurile foarte concludente, din acelaşi motiv — metabolizarea unor medicamente diferă de la o specie la alta şi nu este întotdeauna identică la om şi la animalele de experienţă. Metaboliţii toxici pot produce tulburări la oricare din sistemul sau organele fiinţelor vii. Există medicamente alergizante, medicamente care tulbură sistemul nervos central, sistemul cardiovascular, pulmonar sau renal. Există medicamente care afectează sistemul imunitar (de apărare) al organismului, făcîndu-l receptiv la infecţiile microbiene, virotice, fungice sau la infestaţiile parazitare. Există medicamente leucemice sau cancerigene şi altele care determină grave modificări (deseori incompatibile cu viaţa) ale tabloului sanguin sau care influenţează producerea hemoragiilor la diferite niveluri. Unele medicamente, nu puţine la număr, sînt generatoare de cataractă sau glaucom, boli invalidante ale ochiului, tot mai frecvente în ultima vreme, cînd, printre alţi factori crescuţi de risc, poate fi menţionat şi consumul de medicamente ridicat.

Există medicamente care, penetrînd prin placentă, pot tulbura embrionul în anumite faze ale dezvoltării sale, producînd malformaţii la nou-născut, sau medicamente care, prin laptele matern, pot prejudicia sănătatea sugarului, cu repercusiuni pentru întreaga viaţă a viitorului om.

În cazul reacţiilor alergice, acestea nu depind atît de mult de doză. Ele au la bază o reacţie antigen-anticorp, fiind un răspuns la contactul cu alergenul, care poate fi un medicament oarecare. Predispoziţia este determinată genetic şi, pe lîngă aceasta, dependentă de frecvenţa utilizării medicamentului şi de forma de aplicare.

Printre medicamentele alergizante, nu puţine la număr, se pot cita : Penicilina, Ampicilina, Procaina, sărurile de aur, salicilaţii şi acidul paraaminosalicilic (P.A.S.-ul, antituberculos, Cloramfenicolul, barbituricele, iodurile, tranchilizantele, vaccinurile, sulfamidele etc.), precum şi multe altele.

Medicamentele anticanceroase şi antileucemice, substanţele alchilante (Clorambucilul, Ciclofosfamida, Busulfanul, Tiotepa) şi antimetaboliţii (Aminopterina, Azatiopirina, Citarabina, Fluorouracilul, Metotrexatul) se utilizează cu deosebită prudenţă. Din cauza unei înalte incidenţe a efectelor secundare toxice este necesar să se facă testări preterapeutice asupra bolnavilor, pentru prevenirea unor grave complicaţii, mai ales la nivelul sîngelui (anemie aplastică, trombocitopenie, granulocitopenie, leucopenie) şi la nivelul ochiului (cataractă, glaucom), precum şi

la alte niveluri ale organismului. Administrarea acestor medicamente se face sub strictă supraveghere medicală.

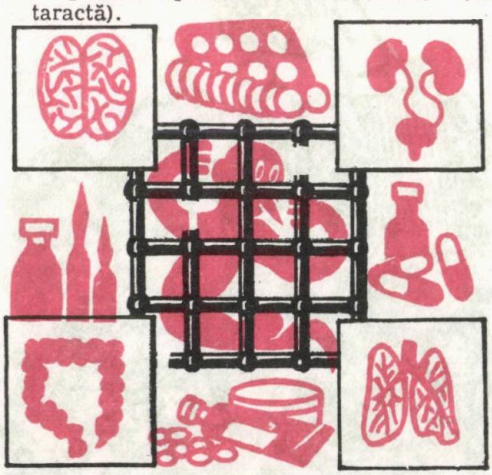
Analgezicele (calmante ale durerii) — Fenilbutazona, Oxifenbutazona, Indometacinul, Clofezona, Sulindacul, Diclofenacul etc. — sînt, ca inhibitori de prostaglandine, iritante puternice ale mucoasei stomacale, prin stimularea secreţiei gastrice acide. Ele mai produc adesea şi reacţii alergice la nivelul pielii şi al mucoaselor.

Analgezicele cu efect morfinic dau reacţii secundare multiple, prezentînd, pe deasupra, o mare capacitate de a crea dependenţa pacientului faţă de medicament. Ele acţionează puternic asupra sistemului nervos central, asupra psihicului, centrului respirator, centrului tusei şi al vomei, asupra sistemului circulator, sîngelui, traiectului respirator, rinichilor şi căilor urinare, sistemului gastrointestinal, bilei, pielii, ochilor. Intrînd în categoria stupefiantelor, aceste medicamente au efect destructiv asupra omului, în cazul în care bolnavul dependent nu renunţă la drog.

Anestezicele locale tulbură mai ales sistemul nervos. Antidepresivele dau reacţii la nivelul sistemului nervos central şi psihicului mai ales, dar şi asupra inimii şi traiectului gastrointestinal.

Fenilbutazona, barbituricele, utilizate adesea în terapie cronică (perioade îndelungate, uneori ani), sînt periculoase pentru apariţia sindromului Lyell, descris în 1956, o necroliză epidermală, care dă o mortalitate de 25%. Sulfamidele pot produce aşa-numitul sindrom Stevens-Johnson, eritem multiform, la fel de grav, cu mortalitate 20%.

Ochiul poate fi lezat, prin efectele anumitor medicamente, în toate structurile sale. Unele analgezice, betablocantele, acţionează la nivelul conjunctivei, corneei, tulburîndu-le prin micşorarea secreţiei lacrimale şi facilitarea apariţiei unor leziuni, a keratoconjunctivitelor. Altele — cortizonicele, citostaticele, antipsoriazicele — produc opacifierea cristalinului (cataractă).



Printre medicamentele care măresc tensiunea intraoculară, generînd un glaucom (acolo unde există deja o predispoziţie pentru această gravă boală), se înscriu, în primul rînd, cortizonicele, atropina şi derivaţii ei. Datorită atropinei, care intră în compoziţia Distonocalmului, acest medicament se evită sau se administrează cu prudenţă pacienţilor cu tensiune intraoculară crescută. Psihoanalepticele, stimulante ale psihicului, amfetamina şi derivaţii produc, de asemenea, dilatarea pupilei şi paralizia acomodaţiei, ceea ce generează glaucomul acut. Chiar şi sulfamidele, prin edemul alergic la nivelul corpului ciliar, creează pericolul ridicării tensiunii intraoculare. Şi cafeina, prescrisă ca stimulent sau analeptic cardiovascular, ar avea o acţiune de creştere a tensiunii oculare, printr-un mecanism neprecizat. De cele mai multe ori tensiunea intraoculară revine la normal prin întreruperea medicamentului hipertensor. La numărul mare de medicamente care pot activa un glaucom, se pot adăuga unele terapeutici nemedicamentoase, ca de pildă, dializa renală şi sauna.

Multe alte medicamente — antiaritmicele (Chinidina etc.), antiepilepticele (Fenitoina, Carbamazepina, Fenobarbitalul) — produc atrofia nervului optic, respectiv modificări ale cîmpului vizual, ale motilităţii ochiului. Consultul oftalmologic este de mare utilitate la iniţierea tratamentelor de lungă durată, cu medicamente cunoscute pentru reacţiile lor oculare.

Bolile generate de medicamente, denumite „farmacoinduse", nu arareori sînt rezolvate definitiv numai prin suprimarea medicamentului care le-a produs, ca de exemplu diskineziile (tulburări motorii ale organelor secretorii) după fenotiazine (antihistaminice, antialergice).

Alteori, tulburările produse de medicamente sînt ireversibile ; ele necesită un tratament asiduu, reinstalarea stării normale fiind dificilă şi, cîteodată, imposibilă, ca de exemplu prăbuşirea sistemului imunitar, hepatotoxicitatea, cancerul, depresiunea măduvei osoase cu leucemie acută şi pancitopenie (scăderea cifrei globale a elementelor sanguine din sîngele periferic, ajungîndu-se la anemie, leucopenie, trombocitopenie), tulburările grave renale, suprainfecţiile în cazul utilizării nejudicioase a antibioticelor sau surzenia datorată tratamentului cu Streptomicină.

Numărul reacţiilor adverse, gravitatea lor pot fi reduse, dacă se respectă următoarele reguli :

— să existe indicaţie clară pentru fiecare medicament şi acesta să fie administrat, pe cît posibil, în monoterapie (neasociat cu alte medicamente) ;

— să se aducă la cunoştinţa medicului medicamentele administrate sau în curs de administrare ;

— să se ancheteze pacientul sau să atragă el însuşi atenţia asupra unor reacţii alergice apărute anterior ;

— să se acorde atenţie deosebită pacienţilor sub tratament pe termen lung pentru boli cronice sau greu vindecabile, urmărindu-se, prin analize periodice, tabloul sanguin, funcţiile renale, cardiace, sistemul nervos, starea ochiului şi altele ;

— să se informeze pacienţii asupra pericolelor administrării necontrolate a medicamentelor.

De adăugat, la toate acestea, preocupările în domeniul tehnologiei farmaceutice de realizare a unor forme medicamentoase care să asigure efecte farmacologice superioare, cu reacţii adverse cît mai puţine.

Viitorul va duce la împlinirea, în beneficiul suferinzilor, a ceea ce astăzi este încă în fază de cercetare, va găsi, cu siguranţă, noi posibilităţi de vindecare, de eradicare a unor boli ce tulbură încă existenţa omenirii.

Farm. SILVIA CHERECHEŞ
CERCETĂTOR ŞTIINŢIFIC I.C.S.M.C.F.

UZ şi ABUZ DE MEDICAMENTE LA COPII

Medicamentele au un rol important, uneori decisiv, în tratamentul multor boli ale copiilor.

Dar există şi numeroase boli ale copiilor în care medicamentele au un rol puţin important sau nu au nici o indicaţie a fi folosite, ca de exemplu : în afecţiuni virale, în unele diarei ale sugarilor şi copiilor mici, în care antibioticele — adeseori întrebuinţate — nu sînt recomandabile. În combaterea febrei la sugari şi copii, părinţii administrează din proprie iniţiativă şi antibiotice. Dar febra nu înseamnă întotdeauna infecţie... Repausul în pat, îmbrăcămintea „uşoară“, sau „încălzirea“, dacă copilul are extremităţile reci, o „fricţie“ cu alcool medicinal, iar ca alimentaţie un ceai, pot fi suficiente în combaterea febrei moderate. Dar dacă febra este mare iar sugarul şi copilul mic — în vîrstă de pînă la 3—4 ani — a suferit de „convulsii febrile“, medicaţia antitermică (Aspirină, Piramidon) şi anticonvulsivantă (Fenobarbital ş.a.) este necesară : de asemenea, se impune solicitarea de îndată a medicului.

De regulă, părinţii „grăbiţi“ în a „face bine copilului“, administrează, din proprie iniţiativă, medicamente pe care le au în „farmacia casei“, considerînd că vor fi folositoare. Dar administrarea unor medicamente la sugari şi copiii mici, sau administrarea lor în doze mai mari decît cele necesare, repetarea sau administrarea prelungită pot să provoace, în special la sugari şi copiii mici, „accidente“ adeseori grave.

În cele ce urmează vom enumera cîteva din medicamentele a căror folosire neraţională, necorespunzătoare, poate fi dăunătoare sănătăţii sugarului şi copilului mic.

● **Acalor** — antipiretic şi analgezic — este **interzis pentru copilul sub 1 an,** deoarece poate să inducă agitaţie, chiar convulsii.

● **Acid boric,** folosit ca antiseptic-dezinfectant pentru uz extern, aplicat pe piele, se absoarbe rapid şi în cantitate suficientă pentru a determina — la **nou-născut şi sugar — manifestări toxice,** ca : diaree, eritem cutanat, colaps, convulsii, anurie (oprirea urinării). Mama nu îşi va spăla mameloanele cu soluţie cu acid boric înainte de a da copilului să sugă, nici după supt.

● **Algocalmin** — analgezic şi antipiretic — este **contraindicat pentru sugari şi copiii sub 3 ani.**

● **Antibioticele** nu sînt medicamentele care vindecă toate infecţiile. Infecţiile virale cele mai frecvente la sugari şi copii nu sînt combătute cu antibiotice. De aceea, antibioticele nu se vor administra la creşterea febrei (cum **greşit** se procedează de unii părinţi) şi nici atunci cînd nu este o infecţie bacteriană sau alta, susceptibile a fi combătute.

● **Aspirina (acid acetilsalicilic)** — antipiretic şi analgezic, este **interzisă pentru copilul sub 1 lună.** Trebuie folosită cu **prudenţă la sugari şi copiii de 1—3 ani,** deoarece poate provoca „reacţii adverse", ca : vărsături, diaree, sîngerări ş.a. Nu trebuie administrată copiilor înainte de adenoamigdalectomie (extirparea vegetaţiilor adenoide şi amigdalelor), celor recent operaţi, nici celor care sîngerează cu uşurinţă, întrucît favorizează hemoragia. Reamintim doza : — pentru o „priză" la sugar 0,05—0,10 g (se poate repeta, la nevoie, de 1—2 ori în 24 ore, la interval de 3—4 ore).

● **Biseptol şi Sumetrolin** — chimioterapice folosite în tratamentul unor infecţii cu variate localizări, sînt interzise pentru sugarul sub 2 luni, deoarece, printre alte „reacţii adverse", pot să determine tulburări sanguine, uneori grave. Mama care îşi alăptează sugarul sub 3 luni nu trebuie să consume Biseptol-Sumetrolin, care, trecînd în laptele ei, determină la copil tulburări sanguine.

● **Bixtonim** — folosit în tratamentul rinitelor acute şi subacute, este **interzis pentru copiii sub 2 ani**, deoarece poate determina „reacţii adverse", ca : somnolenţă, colaps, comă, datorită nafazolinei pe care o conţine.

● **Calmotusin** — sedativ-calmant al „tusei uscate", iritative, este **contraindicat pentru sugarul sub 6 luni.**

● **Carbocif** — laxativ folosit în tratamentul constipaţiei cronice — este **contraindicat pentru copiii sub 7 ani.**

● **Cloramfenicol** — antibiotic, în prezent este din ce în ce mai puţin folosit la copii şi adulţi, din cauza accidentelor foarte grave sanguine pe care le poate provoca, rămînînd a fi utilizat numai în infecţiile în care antibiograma îl indică drept singurul antibiotic eficient. Este **interzis pentru nou-născutul la termen şi prematur,** la care poate să determine „sindromul cenuşiu", mortal în cîteva ore. De asemenea, este interzis pentru mama care alăptează la sîn copilul din prima lună de viaţă.

● **Codenal** — calmant al tusei uscate, iritative, este **interzis pentru copiii sub 3 ani.**

● **Emetiral** — folosit contra vărsăturilor şi ca sedativ „nervos", este **contraindicat pentru copiii sub 6 ani.**

● **Fedrocaina** — folosită ca „picături în nas", în tratamentul rinitelor, este **interzisă pentru sugari.**

● **Furazolidon,** folosit în tratamentul diareelor infecţioase, este **interzis pentru copilul din prima lună** de viaţă, deoarece poate provoca anemie hemolitică gravă.

● **Mentorin,** folosit ca „picături în nas", în tratamentul rinitelor, este **interzis pentru copiii sub 7 ani,** deoarece camforul pe care îl conţine poate provoca convulsii, iar mentolul, o sincopă mortală.

● **Negram** (acid nalidixic) — chimioterapic foarte activ asupra unor microbi din unele infecţii urinare şi intestinale — este **interzis pentru sugarul sub 3 luni,** deoarece poate să determine hipertensiune intracraniană manifestată prin bombarea fontanelei anterioare şi alte simptome.

● **Neoxazol** — sulfamidă folosită în tratamentul unor infecţii — este **interzis pentru nou-născuţi,** deoarece poate provoca icter „nuclear" grav, mortal. **Nu trebuie folosit nici la sugarii din primele 2—3 luni. Este interzis** şi pentru mama care alăptează sugarul din primele 2—3 luni, deoarece trece în laptele ei, provocînd accidente grave la copil.

● **Paracetamol** — antitermic şi analgezic — este **interzis pentru sugarul sub 3 luni.** Dar şi **la copii sub 3 ani trebuie folosit cu prudenţă,** respectînd dozele, deoarece doze mai mari pot induce accidente grave, printre care anemie hemolitică.

● **Piramidon (Aminofenazonă, Amidopirină)** — antitermic şi analgezic, inter-

zis în prezent în unele țări apusene, **trebuie folosit la nevoie,** în caz de lipsă sau intoleranța de alte antitermice (Aspirină). Dacă se administrează timp de mai multe zile, este necesară hemograma. Piramidonul se găsește în supozitoare de Aminofenazonă L, care conțin Aminofenazonă 0,10 g și Fenobarbital 0,01 g (sedativ al sistemului nervos). Doza : la sugar 1 supozitor/24 ore, la copiii de 2—3 ani, 1—2 supozitoare în 24 ore.

● **Rinofug,** folosit în tratamentul unor inflamații acute ale mucoasei nazale, este **interzis pentru sugari și copiii sub 2 ani,** iar la copiii de 2—7 ani se întrebuințează diluat în părți egale cu apă distilată sau soluție (ser) fiziologică. La sugari și copiii mici poate să provoace accidente grave : somnolență, colaps, comă, chiar moarte.

● **Sirogal** — sedativ al tusei și expectorant — este **contraindicat pentru copiii sub 2 ani.**

● **Sirop „expectorant",** folosit în tratamentul traheobronșitei, este **contraindicat pentru sugari.**

● **Sulfamidele** — oricare ar fi denumirea sub care se găsesc în farmacie — sînt **interzise pentru nou-născuți și sugarii sub 3 luni.** La sugarii mai mari trebuie folosite cu prudență, deoarece pot induce accidente sanguine, unele foarte grave, leziuni hepatice, insuficiență renală ș.a.

● **Tetraciclina,** antibiotic, **nu trebuie folosită la nou-născuți și sugari,** deoarece poate să inducă hipertensiune intracraniană foarte gravă. Nu se recomandă — decît la nevoie (antibiograma !) — nici la copiii sub 7 ani, deoarece poate să inducă, după „cure" scurte sau repetate, alterări ireversibile ale dinților care apar după 7 ani, precum și încetinirea creșterii oaselor lungi.

● **Tusomag** — calmant al tusei iritative — este **contraindicat pentru sugari și copiii sub 2 ani,** deoarece poate provoca rărirea pulsului și a respirațiilor, somnolență.

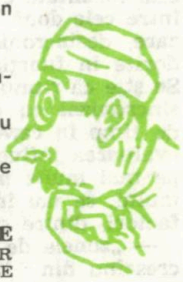
...Dar „lista" medicamentelor interzise pentru nou-născuți, sugari și copilul mic nu se sfîrșește...

Am amintit numai cîteva din medicamentele aflate adeseori în „farmacia casei", pe care unii părinți se grăbesc să le folosească, deoarece, gîndesc ei, le-au folosit și la frații mai mari cu rezultate bune, neștiind că folosirea lor la nou-născuți, sugari și copiii mici constituie un abuz care poate să pună în pericol sănătatea și, uneori, chiar viața copilului...

Conf. dr. doc. V. PETRESCU-COMAN

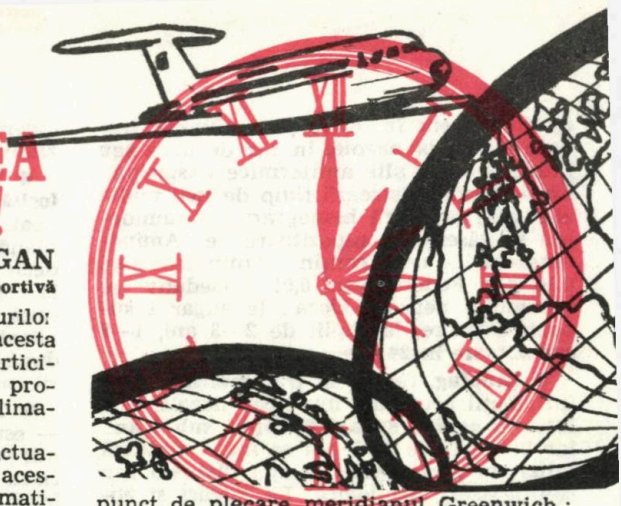
GÎGĂ la doctor

- Cînd sînt treaz nu dorm niciodată pe partea stîngă.
- Sînt foarte inofensiv. Din orice, inima-mi pulsează foarte tare.
- Vă rog să-mi faceți o hemogramă la picioare.
- La raze mi-a spus că am aorta extaziată.
- Am avut o lombosciatică la umărul drept.
- De la un timp am un tîlc nervos.
- Sînt anemic ! Am avut hemoroizi de sînge pe nas.
- Știu, de mult, că am un suflu sistolic apicol.
- Sora mea suferă de o estetică dureroasă.
- Cînd mi-a spus că n-am nimic, am trecut de la euforie la extaz.
- Un unchi al meu a avut melenă pe creierul mic și a murit prin deces.
- Nu mai am dureri ! M-am deliberat de ele.
- Am lipsit 3 zile din cauza unei răceli foarte sănătoase, cu temperatură de 39° la umbră.
- Mi-a zis că am tulburări neuro-vegetale și mi-a dat să iau extrarenal.
- Are o expectorație sîngeroasă... dar nu merge la doctor. E de o nesimțire grasă.



EUGEN ALEXE
MEDIC PRIMAR
DOCTOR ÎN ȘTIINȚE MEDICALE

DIN NOU ÎN ACTUALITATE
ACLIMATIZAREA SPORTIVILOR!



Conf. dr. IOAN DRĂGAN

I.M.F. Bucureşti-Disciplina de Medicină Sportivă

Cea de a XXIV-a ediţie a Jocurilor Olimpice de Vară va avea loc anul acesta la Seoul, ridicînd, în faţa multor participanţi din diverse colţuri ale lumii, probleme serioase în ceea ce priveşte aclimatizarea la noile condiţii de mediu.

În cele ce urmează vom aduce în actualitate unele din aspectele majore ale acestui complicat proces, care este aclimatizarea sportivilor la condiţii variate de mediu, în ideea de a valorifica experienţa cîştigată în atîtea „bătălii sportive", desfăşurate în condiţii similare şi încheiate cu bune rezultate sportive, şi de a oferi sportivilor noştri premise reale de valorificare a potenţialului cîştigat prin numeroase zile de pregătire, în vederea acestui măreţ eveniment sportiv.

Seoul, metropolă cu aproape 10 000 000 de locuitori, gazda Olimpiadei de Vară din 1988, se află situat la 120°—130° longitudine est şi la circa 38° latitudine nord ; din datele oferite de organizatori, rezultă că pe timpul competiţiei, clima, cu o marcată influenţă oceanică, se manifestă prin temperaturi ale aerului, ziua între 24-26°C, cu o umiditate relativă a aerului de 65—75%, cu un regim pluviometric relativ scăzut, cu seri mai răcoroase, datorită brizei oceanice, şi zile călduroase şi însorite ; diferenţa orară e de 7 ore.

Aspecte fiziologice

Activitatea fiinţelor vii se desfăşoară periodic, fiind cunoscute ciclurile zi-noapte, veghe-somn, activitate-repaus etc. Deşi periodicitatea circadiană (24 de ore) nu este cunoscută de multă vreme, numai în ultimele decenii i s-a acordat atenţia cuvenită, mai ales în sport, datorită în special dezvoltării traficului aerian, parcurgerii unor distanţe lungi în cîteva ore, ceea ce face ca omul (sportivul) să plece dintr-o localitate cu un anumit ritm zi-noapte şi să ajungă, după cîteva ore, în altă localitate cu ritm diferit. Ca urmare, între cele două cicluri se produce o defazare, desincronizare, cu repercusiuni nedorite în funcţionalitatea corpului uman. Se ştie că ritmul funcţiilor fiziologice este sincronizat cu ciclul zi-noapte din zona de timp în care trăim în mod curent. În evaluarea influenţelor deplasărilor rapide pe mai multe meridiane, asupra organismului, se iau în consideraţie mai mulţi factori, dintre care menţionăm :

— „zonele de timp", care se calculează crescînd din 15° în 15° longitudine, cu punct de plecare meridianul Greenwich ;

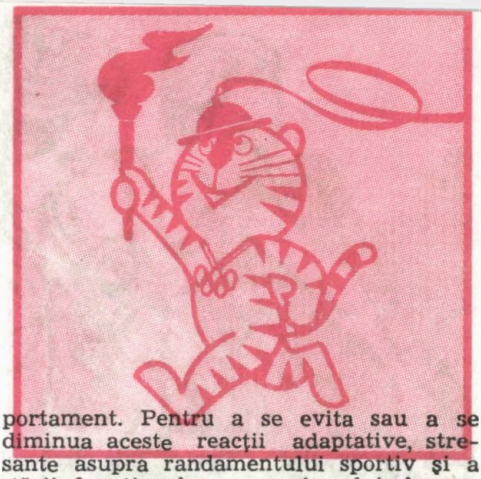
— „timpul de plecare", şi „timpul de sosire", care sînt timpi locali ;

— „timpul de călătorie", exprimat în ore ; de exemplu, un zbor de la New York la Roma, Londra, Paris, Budapesta etc. durează circa 6—8 ore ; de la Londra la Singapore circa 12 ore ; de la Londra la Seoul circa 16—18 ore etc. Modificările în repartiţia orarelor de activitate şi repaus pot să determine modificări de fază ale ritmurilor circadiene (zilnice), cu efecte asupra randamentului energetic şi intelectual, ceea ce se poate traduce printr-o scădere marcată a performanţelor sportive. Aceasta constituie o problemă de interes practic în sportul olimpic, în sportul de înaltă performanţă, atunci cînd sportivii trebuie să parcurgă distanţe mai mari de 6 fuse orare în cîteva ore, pentru a participa la competiţii de înalt nivel (în cazul nostru Jocurile Olimpice de la Seoul). Deplasările rapide cu avionul fac ca la locul de sosire ciclul fizic zi-noapte să difere de cel de acasă cu un număr corespunzător de ore. Funcţiile fiziologice ale organismului se găsesc iniţial în stare de „adaptare clinică incompletă".

„Orologiul fiziologic" al sportivului nu mai coincide cu timpul local astronomic, el neputînd urma variaţiile rapide ale condiţiilor de mediu din cursul călătoriei. Acest asincronism al ciclului fizico-fiziologic zi-noapte poate dura de la 3—4 zile, pînă la 10—14 zile, în cazul diferenţelor orare mai mari de 6 ore (reacţiile fiind strict individuale), după care cele două cicluri ajung să se resincronizeze. La toate aceste mecanisme adaptative trebuie luate în considerare şi eforturile organismului privind adaptarea la noile condiţii de macro- şi microclimat (temperatura şi umiditatea aerului, vînturi, radiaţii solare şi ionizante, luminozitate, poluare, aeroionizare negativă, regim pluviometric). Intensitatea şi durata modificărilor fiziologice adaptative şi a simptomatologiei clinice în faza de adaptare sînt în strînsă corelaţie cu :

— numărul zonelor de timp traversate ;
— natura funcţiilor fiziologice afectate;
— stresul călătoriei ;
— reactivitatea individuală ;
— caracteristicile activităţii după încetarea zborului ;
— starea biologică avută la plecare (sănătate, echilibru vegetativ etc.) ;
— motivaţia deplasării etc.

Nu se cunosc cu exactitate regulile de activare şi interdependenţa acestor factori în procesul aclimatizării. Totuşi, în zborurile transmeridiane de lungă durată (peste 10—12 ore), circa 70% din călători acuză un disconfort fiziologic evident (tulburări de apetit, tulburări de somn — somnolenţă sau hiperexcitabilitate cu insomnie —, scăderi în greutate, unele tulburări de comportament, lipsă de concentrare a atenţiei, unele tulburări ale coordonării fine a mişcărilor etc.). În cazul unor diferenţe de fus orar între 6—8 ore (cazul nostru pentru Seoul, 7 ore), aceste tulburări sînt de intensitate mai redusă (la unii sportivi pot chiar lipsi, mai ales la cei cu un înalt grad de antrenament la plecare) şi exprimă rezultanta defazării dintre necesităţile fiziologice ale organismului şi condiţiile locale (fizice, sportive, sociale). Unii autori, la care ne asociem şi noi, prin experienţă proprie, susţin existenţa unor modificări adaptative mai pronunţate (aclimatizare) şi de durată mai lungă, în cazul deplasărilor spre Est, comparativ cu deplasările spre Vest. Se ştie, de asemenea, din practica sportivă, că revenirea la locul de reşedinţă are loc printr-o resincronizare mai rapidă, reaclimatizarea fiind net mai scurtă decît aclimatizarea (aceleaşi manifestări se descriu şi în cazul aclimatizării la altitudine medie la sportivi). Din practica competiţională a sportivilor s-a observat că unii sportivi, care fac deplasări rapide şi lungi (peste 6 fuse orare), pentru a lua parte la competiţii importante, nu obţin rezultatele scontate în primele 24 pînă la 72 de ore (alţi sportivi, este drept, mai puţini numeric, obţin rezultate normale în primele 24—48 de ore în astfel de situaţii), avînd şi tulburări de com-



portament. Pentru a se evita sau a se diminua aceste reacţii adaptative, stresante asupra randamentului sportiv şi a stării funcţionale a organismului, în cazul participării la competiţii de înalt nivel (JO, CM, CE), care reclamă zboruri transmeridiane îndelungate (peste 6 ore diferenţă), se pot lua o serie de măsuri metodico-biologice, care facilitează aclimatizarea la noile condiţii de mediu ; să nu se uite, dealtfel, că există o „memorie a aclimatizării" (ca şi în cazul altitudinii). Astfel, în ceea ce priveşte numărul de zile de deplasare înaintea competiţiei, se calculează cîte o zi pentru fiecare fus orar străbătut (deci 7 zile în cazul JO din 1988), la care se adaugă 3—5 zile pentru adaptarea la condiţiile competiţiei (cazare, alimentaţie), obişnuinţa cu bazele şi transportul la baze, cu ambianţa oraşului şi a competiţiei în sine, cu orele de antrenament şi de concurs, cu starea de start etc.

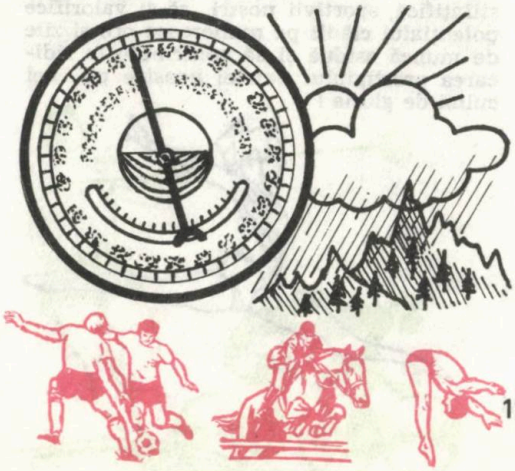
Încercările de a modela, înaintea plecării, antrenamentele de acasă după orarul competiţional nu au dat rezultate scontate, ele reuşind cel mult să deregleze pe sportivi chiar înaintea deplasării; pentru aceste considerente oamenii de ştiinţă resping azi asemenea încercări, considerîndu-le riscante şi ineficiente.

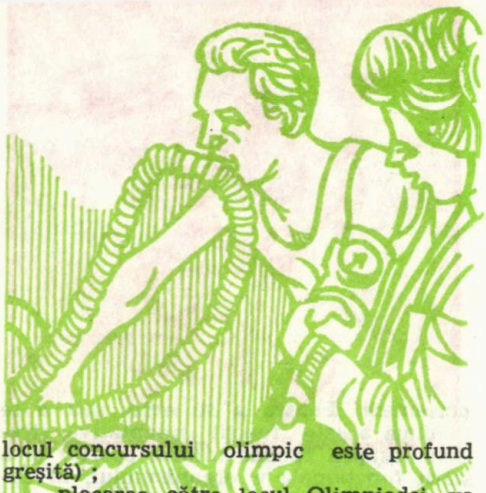
Aspecte metodico-biologice

Pentru a valorifica întregul potenţial şi pregătirea îndelungată a sportivilor în vederea participării la JO se impun o serie de măsuri metodico-biologice, după cum urmează :

— asigurarea unei depline stări de sănătate, a unui echilibru vegetativ stabil şi a unei motivaţii adecvate, înaintea deplasării ; orice focar de infecţie (dentar, sinuzal, amigdalian, apendicular, anexial etc.) va fi din timp asanat ; de asemenea, se va avea în vedere faptul că orice sechele locomotorii, distonii neurovegetative etc. perturbă procesul aclimatizării ;

— înaintea plecării sportivii se vor găsi în starea de „formă sportivă", sau cel puţin cu un grad superior de antrenament (teza că vom creşte capacitatea de efort la nivelul cerinţelor competiţiei chiar la





locul concursului olimpic este profund greşită) ;

— plecarea către locul Olimpiadei va avea loc în aşa fel încît sportivii să ajungă la Seoul seara, obosiţi şi dornici de a dormi (în primele nopţi somnul va fi ajutat medicamentos la cei ce au nevoie, iar în timpul zilei sportivii vor fi împiedicaţi să doarmă) ; pe timpul transportului cu avionul se va evita, de asemenea, somnul de zi ;

— în ceea ce priveşte regimul de efort, recomandăm ca după prima zi (zi de acomodare, cu antrenamente de volum şi intensitate medii) să se treacă la continuarea curbei efortului de la punctul de la care s-a făcut deplasarea, deci să se continue efortul exact ca acasă ;

— regimul de activitate şi alimentaţia pe 24 de ore vor respecta caracteristicile avute acasă (evitarea mîncărurilor necunoscute, a excesului de răcoritoare, îngheţată şi fructe), avînd zilnic în atenţie curba ponderală ; refacerea după antrenamente va fi intensificată (se cunoaşte că în faza de aclimatizare refacerea naturală este mai lentă ; aceasta impune intensificarea refacerii dirijate : hidroterapie caldă, saună, masaj, rehidratare după efort, psihoterapie, oligoelemente etc.) ;

— asigurarea unui program variat, relaxant, pe 24 de ore, îmbinînd antrenamentele cu diferite activităţi favorabile tonusului de concurs ;

— suplimentarea cu complexe vitaminice (în special B_{12}) şi cu oligoelemente, compuşi glucidici, aminoacizi (lisină, tirozină, acid aspartic, glicocol), alte produse (Folcisteină, Apilarnilprop forte, Aslavital etc.) poate susţine procesele trofice de regenerare şi poate ajuta astfel aclimatizarea şi pregătirea biologică de concurs ; la sporturile cu dominantă forţă-rezistenţă, anduranţă, o cură de 1-carnitină per os, timp de 14—21 de zile (2—4 g zilnic), poate creşte potenţialul biologic, după cum administrarea unei doze unice, de 3—4 g, cu 90—120 de minute înaintea competiţiei, ar putea constitui un bun susţinător de efort, în concurs ; la sporturile cu durată între 2—5 minute sau la probele cu eforturi scurte, maximale, repetibile, administrarea, timp de 10 zile, înaintea concursului, a 3×2 drageuri pe zi din produsul Fortavit (pe bază de tirozină, vitamine şi oligoelemente) poate duce la creşterea standardului biologic de concurs ; administrarea unei doze unice din acest produs, 2—3 drageuri cu 60 de minute înaintea concursului, ar putea induce unele efecte de tip ergotrop la probele menţionate ;

— înaintea deplasării ar putea intra în discuţie inocularea a 2—3 fiole de gamaglobuline (injecţie unică), pentru creşterea rezistenţei nespecifice ;

— se va evita statul prelungit în soare, cu capul descoperit, recomandîndu-se portul ochelarilor de soare şi a unei şepci sportive pe cap ;

— se va evita lenjeria de corp din fibre sintetice şi se va acorda o atenţie deosebită profilaxiei afecţiunilor digestive de vară şi a afecţiunilor respiratorii intercurente ;

— se va da atenţia cuvenită pregătirii psihologice, încă din ţară şi, în special, la locul competiţiei (evitarea monotoniei, plictiselii, tensiunii, mobilizarea raţională şi individuală pentru concurs etc.), şi se va intensifica, pe toate căile, pregătirea biologică de concurs, în săptămîna premergătoare competiţiei ;

— pentru aprecierea obiectivă a aclimatizării şi a formei sportive se vor folosi următoarele teste de teren : datele autocontrolului medico-sportiv, înregistrate zilnic, dimineaţa la deşteptare : frecvenţa cardiacă şi presiunea arterială în clino-, ortostatism şi după un efort standard ; curba ponderală, apetitul, dispoziţia de antrenament, somnul-ore şi calitatea lor ; pulsul şi TA (tensiunea arterială) în repaus, efort specific şi în perioada de revenire ; examenul urinei în condiţii bazale, înainte şi după efort specific (pH, D, proteinurie şi hematurie, reacţia Donaggio etc.).

În concluzie, putem aprecia, pe baza unei experienţe îndelungate, validate în teren de nenumărate ori, că există premise obiective ca, bazaţi pe o pregătire ştiinţifică, sportivii noştri să-şi valorifice potenţialul clădit pe numeroase ore şi zile de muncă asiduă şi să contribuie la ridicarea prestigiului patriei noastre pe noi culmi de glorie !

Pseudoposta medicală

Monica Amamii, Suceava — *Sînteţi interesată să aflaţi dacă sirena de pe „Salvare" are coadă. Nu ; are numai... gură !*

Mitică Poetu, Loco — *Vi s-a spus că versurile dumneavoastră cam şchioapătă ? Oricum, medicul ortoped nu vă poate ajuta cu nimic. Încercaţi, totuşi, la... Psihiatrie !*

Benedict Setilă, Iaşi — *Întrebaţi dacă la Băile Amara apa este.. amară ? Într-adevăr, gustul apei are proprietăţi neplăcute. Dar, intrînd în lac, nu sînteţi obligat să şi... beţi !*

Vasile Gurmandu, Loco — *Ne scrieţi că vă persecută o „foame de lup". Adresaţi-vă, mai bine, unui medic... veterinar !*

MITICĂ ŞTIETOT
pt. conf. **D. C. MAZILU**

Definite rimat

JUNGHI

Mergi la pescuit, fireşte,
Pe un lac şi, din păcate,
În trei ore-n loc de peşte,
Cu acesta vii în spate.

MEDIC

Chiar posac cînd pare,
Nu fire glumeaţă,
Pentru fiecare
E om de... viaţă.

MEDICAMENT

Are rolul său
Pînă şi-n cătun.
Chiar cu un gust rău,
La boală e bun.

REŢETĂ

O bucată de hîrtie
Cu parafă, cum se ştie,
Drept scrisoare netimbrată,
Farmaciei adresată.

SORĂ

Cu toţii-n spital
O numesc aşa,
Chiar dacă, normal,
Nu-s rudă cu ea.

STOMATOLOG

Să ştiţi, nu din viciu,
Procedează-aşa :
Cît stă la serviciu
Trage la măsea.

V. D. POPA

HERNIA

Hernia este o afecţiune relativ frecventă, care apare la toate vîrstele, dar mai ales la persoanele trecute de 50—60 de ani. Se întîlneşte mult mai des la bărbaţi decît la femei. Cînd este tratată din timp se vindecă uşor, prin intervenţie chirurgicală.

Prin hernie înţelegem ieşirea unui organ din locul lui normal, într-o altă parte a corpului, printr-un orificiu existent sau creat de acţiunea pe care o exercită organul ce herniază. Organul care herniază nu se vede la exterior, el rămînînd acoperit cel puţin de piele.

În mod obişnuit, cînd pronunţăm cuvîntul hernie ne gîndim la **hernia inghinală,** sau cel mult la **cea ombilicală,** pentru că acestea sînt herniile cele mai frecvente.

Chiar şi noi vom discuta pe larg numai aceste hernii, împreună cu variantele lor de vecinătate : **hernia inghino-**

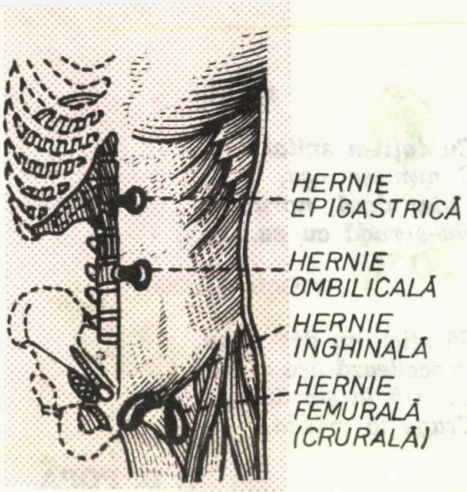


Fig. 1. – Locul unde pot apărea herniile epigastrică, ombilicală, inghinală și femurală (crurală).

scrotală, hernia femurală (crurală), hernia epigastrică. Este bine însă să se știe că există o gamă mare de alte hernii, cu frecvență mult mai mică, de care nu ne vom ocupa. O succintă descriere a lor o apreciem totuși utilă :

— **hernia hiatală sau diafragmatică** este pătrunderea organelor abdominale (de obicei a stomacului) în torace, prin orificiul existent în mod normal în diafragm (mușchiul care desparte cele două mari cavități ale corpului). Prin orificiul existent în diafragm trec esofagul, artera aortă și vena cavă. Acest orificiu poate să se mărească uneori sub presiunea organelor abdominale, mai ales la obezi, și să permită pătrunderea prin el și a unei părți din stomac. Simptomele sînt foarte complexe, mergînd de la simple arsuri pe esofag, pînă la o senzație de presiune mare la baza toracelui, în stînga. Bolnavul poate avea sufocări, palpitații cardiace etc., care apar mai ales în timpul sau după masă. Eructațiile (rîgîielile) ușurează, în oarecare măsură, aceste senzații neplăcute ;

— **hernia de disc intervertebral** este deplasarea porțiunii cartilaginoase care există între două vertebre. Se produce de obicei după mișcări bruște de aplecare și îndreptare a coloanei vertebrale. Este o afecțiune de domeniul neurologiei și neurochirurgiei, nu prea rară. Prin compresiunea pe care o exercită discul intervertebral pe rădăcinile nervoase sau chiar pe măduva spinării produce dureri, uneori extrem de violente, și nu rareori pareze sau paralizii ale membrelor (tulburări de mișcare sau de sensibilitate) ;

— **hernia cerebrală** este ieșirea sub pielea capului a unei porțiuni din creier, ca urmare a unei lovituri puternice, care a spart calota osoasă. Se însoțește de mari tulburări nervoase, intervenția neurochirurgului fiind absolut necesară ;

— **hernia musculară** este ieșirea printr-un orificiu, de obicei larg și liniar, a unui mușchi. Apare după o lovitură puternică sau chiar după un efort muscular foarte mare, care sparge acoperișul aponevrotic, în care sînt îmbrăcați mușchii. Este o afecțiune posibilă mai ales la sportivi și apare de obicei la gambe, la coapse sau mușchii abdominali. Ea se însoțește totdeauna de durere mare, de dificultăți în mișcarea mușchiului respectiv și bombarea sub piele a mușchiului. Hernia musculară trebuie să fie rapid recunoscută și aponevroza să fie cusută de urgență, peste mușchi. Dacă se procedează astfel, după circa trei săptămîni de imobilizare și repaus activitatea sportivă se poate relua normal.

Am spus însă că noi ne vom referi, pe larg, în cele ce urmează, la hernia inghinală și inghinoscrotală, hernia femurală, hernia ombilicală, hernia epigastrică, în special la primele dintre acestea — hernia inghinală și inghinoscrotală —, ca fiind cele mai frecvente hernii.

HERNIA INGHINALĂ ȘI INGHINOSCROTALĂ

Care este cauza herniilor ? Ele sînt fie congenitale (predispoziție încă de la naștere), fie dobîndite (care apar în cursul vieții).

Hernia inghinală este hernia care se dezvoltă în partea de jos, dreapta sau stînga, a abdomenului. **Hernia inghinoscrotală** este o hernie inghinală, care coboară și în scrot (împrejurul testiculului).

Hernia inghinală congenitală este o afecțiune cu care individul — copilul — se naște. Pentru a înțelege această cauză, vă rog să urmăriți următoarele explicații. Se știe că testiculul este un organ masculin (glandă pentru reproducere), asemănător ca funcție cu cel feminin : ovarul. Testiculul formează spermatozoizii, iar ovarul, ovulul. Ovarul funcționează normal dacă se găsește în cavitatea abdominală, motiv pentru care el este situat lîngă uter ; **testiculul însă nu funcționează normal decît în afară, în scrot,**

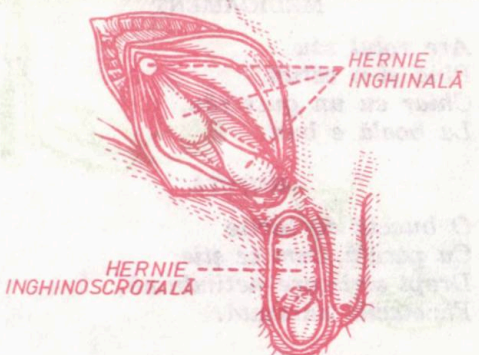


Fig. 2. – Hernie inghinală și inghinoscrotală.

la temperatura obișnuită a mediului înconjurător. Acesta este motivul pentru care, cu cîteva săptămîni înainte de naștere, testicului, învelit într-un conduct fibros — sacul peritoneovaginal —, pleacă din abdomen, trece printr-un canal existent — canalul inghinal — și coboară în scrot. El este urmat de cordonul spermatic, element de legătură cu organele din abdomen și care se va găsi apoi tot timpul de-a lungul canalului inghinal. Imediat ce testicului a ajuns în scrot, pereții sacului peritoneovaginal se lipesc și sacul dispare complet. Uneori, la unele persoane, această dispariție a sacului nu are loc ; sacul rămîne deschis și în el pot intra, oricînd, organe din abdomen (intestin subțire, mare epiploon etc.). Deci, individul are o predispoziție la hernie, boală pe care o va face de obicei în primii ani ai copilăriei dar, posibil, și mai tîrziu.

Cum apare hernia și semnele ei

Cel predispus la hernie simte în timpul unui efort mai deosebit că **i-a plesnit, s-a rupt ceva** în regiunea inghinală. Într-adevăr, orificiul dinspre abdomen al canalului inghinal, care cuprinde sacul congenital de care am vorbit, se rupe, se lărgește și o ansă intestinală, epiploon sau cel puțin o cantitate moderată de lichid seros existent normal în abdomen intră de-a lungul canalului inghinal. Din acest moment conductul s-a redeschis și hernia inghinală este formată. Ruperea — deschiderea — orificiului este simțită de bolnav ca **o durere puternică, vie, în regiunea inghinală.** Dacă invităm bolnavul să stea în picioare și-l examinăm, constatăm în regiunea inghinală o formațiune elastică, pe care o putem compresa cu ușurință. Este sacul herniar umflat. În acest sac putem simți uneori și intestin sau mare epiploon, pe care le putem reintroduce ușor în abdomen, golind, din nou, sacul. Adeseori, în herniile mici, nu este suficientă simpla ridicare în picioare a bolnavului, ci și un mic efort (de tuse, spre exemplu). **Deci această formațiune tumorală elastică determinată de organe normale, care au pătruns în canalul inghinal, este cel de al doilea semn important al herniei.**

Dacă sacul peritoneovaginal — sacul herniar de care am vorbit — se deschide mai departe, hernia coboară și în scrot, devenind o **hernie inghinoscrotală.** Aceasta din urmă este o **hernie voluminoasă.** De-a lungul canalului inghinal și în scrot pot coborî multe anse intestinale, hernia fiind dificil de suportat ; de cîte ori se ridică în picioare și merge, bolnavul simte cum hernia se mărește mult,

Fig. 3. — Strangularea unei anse intestinale în interiorul unei hernii : a — ansa intestinală strangulată în interiorul sacului de hernie ; b — leziunea de gangrenă a ansei intestinale strangulate.

pentru că se umple cu anse intestinale. Herniile inghinoscrotale voluminoase pot ajunge la volum foarte mare (cît o minge de rugbi, spre exemplu). O astfel de hernie **îl împiedică pe bolnav să facă eforturi fizice, chiar minime :** să meargă cîțiva metri, spre exemplu. Acești bolnavi pot fi **constipați cronici,** deoarece prin ansele intestinale coborîte în scrot nu mai circulă conținutul normal. Acestea sînt deci semnele după care putem să recunoaștem o hernie inghinoscrotală.

Perioada de hernie inghinală este perioada cea mai indicată pentru efectuarea intervenției chirurgicale.

Neoperat, bolnavul poate risca oricînd ca hernia să se mărească mult și ansele intestinale coborîte în scrot **să se lipească aci și să nu mai poată fi introduse în abdomen.** Mai poate apărea, totodată, un accident foarte grav — **strangularea herniei.** Strangularea se datorește umplerii cu gaze și conținut lichid a ansei intestinale care a pătruns în canalul inghinal. **Din acest motiv nu mai poate reintra în abdomen prin orificiul prin care a ieșit,** devenit acum foarte strîmt pentru ea. Bolnavul are dureri violente în acest moment și totodată **toate semnele unei ocluzii intestinale, adică nu mai are scaun, nu mai elimină gaze, întrucît circuitul intestinal s-a blocat la nivelul ansei strangulate în sacul herniar. Bolnavul vomită, starea generală se înrăutățește.** Trebuie operat de urgență, pentru că ansa intestinală strangulată se necrozează (se gangrenează) și pot urma complicații grave de infecție peritoneală etc. Stran-

gularea unei hernii poate apărea oriunde, deci şi la o mare distanţă de un centru chirurgical. Din acest motiv arătăm, în cele ce urmează, ce trebuie să facă un bolnav care constată că hernia sa s-a strangulat. În acest caz el este bine să facă următoarea manevră, care se numeşte **„reducerea herniei prin taxis"** (reaşezarea anselor intestinale în abdomen). Bolnavul trebuie să se aşeze în pat sau pe orice plan orizontal, să ia o poziţie relaxată şi să îndoaie uşor coapsa pe abdomen şi apoi, cu mare blîndeţe, să strîngă în mînă ansele intestinale, încercînd să evacueze din ele, în abdomen, gazele şi lichidul pe care le conţin. Dacă reuşeşte acest lucru ansele îşi micşorează volumul, ajung la dimensiunea anterioară strangulării şi pot fi introduse complet prin orificiul abdominal prin care au ieşit în abdomen. Durerea încetează şi tumoarea din regiunea inghinală dispare. Este de la sine înţeles că aceşti bolnavi trebuie să fie operaţi neîntîrziat de hernie, pentru că accidentul de ocluzie se poate repeta. În plus, dacă bolnavul a trebuit să recurgă la manevre mai brutale sau dacă ansa intestinală începuse să se gangreneze poate apărea peritonita — accident foarte grav, fatal.

Hernia inghinală dobîndită (necongenitală). Ea apare tot în regiunea inghinală, dar nu prin conductul de care am vorbit la început, ci printr-o zonă mai slabă în musculatura abdominală. Astfel de hernii apar de obicei la persoane în vîrstă, cu tonicitatea musculaturii abdominale slăbită. Se produc uneori şi după eforturi minore : ridicarea de greutăţi mici, tuse şi chiar efortul de a urina din cauza prezenţei unui adenom de prostată. Dacă stabilim că adenomul de prostată este cauza herniei, este indicat ca bolnavul să fie operat întîi de prostată şi apoi de hernie. În linii mari semnele şi evoluţia acestui tip de hernie sînt aceleaşi ca mai sus, încît nu mai insistăm asupra lor.

Tratamentul herniei inghinale şi inghinoscrotale

Tratamentul este numai operator. Este o intervenţie chirurgicală curentă, în care chirurgul care operează găseşte sacul herniar, îl desface de elementele din jur, îl leagă la bază şi îl secţionează. În felul acesta se elimină conductul prin care pătrundeau ansele intestinale sau marele epiploon în canal. Pentru a evita o nouă formare de hernie prin alte puncte slabe, se procedează la o întărire a peretelui posterior al canalului, prin coaserea — unul de altul — a unor elemente fibroase puternice existente aici : **tendonul conjunct şi arcada crurală.** Urmările postoperatorii sînt de obicei foarte simple ; bolnavii pot să coboare din pat după 1—2 zile de la operaţie, să meargă distanţe relativ mari după o săptămînă şi să-şi reia o activitate fără eforturi fizice după 10—12 zile.

Uneori, eforturile fizice mari, făcute prea curînd după operaţie, de către pacienţii cu ţesuturi mai puţin rezistente, pot da naştere la recidive, adică la spargerea din nou a peretelui inghinal, la apariţia unei noi hernii. Şi aceasta se poate reopera dar, fără îndoială, intervenţia este mai dificilă.

După cum se vede, nu recomandăm ca tratament purtarea unui „bandaj herniar". Un astfel de aparat este greu de purtat, neigienic şi neeficient, pentru că nu poate să astupe în permanenţă orificiul de ieşire al herniei.

HERNIA CRURALĂ (FEMURALĂ)

Este cunoscută sub numele de **hernie femurală.** Este mult mai frecventă la femei, decît la bărbaţi. Sacul acestei hernii iese din cavitatea abdominală sub piele, în partea de sus şi internă a coapsei, printr-un loc mai puţin rezistent, care se găseşte înăuntrul vaselor femurale şi pe sub arcada crurală. În acest loc se simte o **formaţiune elastică,** în general nu mai mare ca o prună, **dureroasă, jenînd deseori mişcările coapsei.** Se poate şi ea strangula, în care caz elementele prinse în hernie de inelul de strangulare se pot necroza şi evoluţia să fie foarte nefavorabilă.

Tratamentul este, de asemenea, numai prin intervenţie operatorie, destul de apropiat de cel al herniei inghinale, cu unele deosebiri de tehnică chirurgicală, asupra cărora nu insistăm.

HERNIA OMBILICALĂ

Aceasta ia naştere la nivelul cicatricei ombilicale. Este vorba de o slăbire congenitală sau căpătată a inelului ombilical, mai exact a părţilor aponevrotice care închid în mod normal orificiul ombilical. De obicei sacul herniar este mic, dar uneori se pot vedea hernii ombilicale neglijate, care ajung la o mărime considerabilă, cît un cap de adult. Conţinutul herniei este format din anse intestinale, epiploon, colon, stomac etc. La bolnavii cu ciroză hepatică şi ascită (lichid în cavitatea peritoneală) este bine să se temporizeze intervenţia operatorie pînă la dispariţia sau diminuarea foarte mult a ascitei. În caz contrar, este posibil ca plaga operatorie să nu se vindece şi să se creeze o fistulă, prin care să se scurgă lichid ascitic.

Tratamentul este, de asemenea, chirurgical : după disecție, ligatura la bază și tăierea sacului herniar, se coase (se închide) orificiul prin care s-a produs hernia. Evoluția postoperatorie este ușoară, dar și acești bolnavi nu trebuie să facă eforturi mari, o lungă perioadă postoperator, deoarece recidivele sînt relativ frecvente.

Herniile ombilicale cu orificiul foarte mic, descoperite la nou-născuți, **nu se operează,** deoarece, de cele mai multe ori, odată cu creșterea în vîrstă, acest orificiu se micșorează și dispare.

HERNIA EPIGASTRICĂ

Poate apărea pe linia care unește ombilicul cu apendicele xifoid, al sternului, deci pe mijlocul abdomenului, deasupra ombilicului, între cei doi mușchi drepți abdominali. Este aproape întotdeauna o hernie mică, de maximum 1—2 cm diametru, care bombează printre mușchi și se manifestă cu dureri adeseori puternice. Această hernie este dificil uneori de pus în evidență și durerea provocată de ea poate fi luată drept o criză dureroasă de ulcer duodenal. Tratamentul herniei este chirurgical și seamănă, practic, cu cel din hernia ombilicală.

EVENTRAȚIA

Merită să spunem cîteva cuvinte despre aceasta, pentru a nu o confunda cu hernia, cu care are, e drept, foarte mari asemănări.

Eventrația este, de asemenea, ieșirea din cavitatea abdominală, sub piele, a unui sac „de eventrație", în care pot pătrunde anse intestinale, epiploon etc. Față de hernie, eventrația are drept caracteristică faptul că **apare numai după intervenții chirurgicale,** în cazul în care pereții aponevrotici ai abdomenului s-au rupt din nou după operație. Eventrațiile pot îmbrăca aceleași fenomene ca herniile, inclusiv faptul că organele care intră în sacul de eventrație se pot strangula.

* * *

Acestea sînt foarte succint noțiunile cele mai importante despre hernii. Rezumîndu-le, s-ar putea spune următoarele :

— herniile sînt afecțiuni foarte frecvente ;

— au foarte multe cauze și localizări ;

— cele mai frecvente sînt : **hernia inghinală, inghinoscrotală și ombilicală ;**

— apar la orice vîrstă, dar îndeosebi după vîrsta de 50—60 de ani ;

— sînt mai frecvente la bărbați decît la femei ;

— pot fi congenitale sau dobîndite ;

— apar după eforturi importante ;

— la vîrstnici apar și după eforturi mici : accese de tuse, urinare dificilă în caz de adenom de prostată etc. ;

— caracteristic pentru apariția lor este durerea (uneori ca o arsură) ;

— se observă, de asemenea, de-a lungul canalului herniar, o formațiune tumorală elastică ;

— hernia se reduce de obicei imediat numai prin așezarea în pat sau se poate introduce ușor, cu mîna, în abdomen ;

— în caz că nu se poate introduce, bolnavul are dureri violente și, ceva mai tîrziu, semne de ocluzie intestinală ; este vorba sigur de o hernie strangulată, care trebuie operată de urgență ;

— operația este singura metodă de tratament a herniei ;

— operația este simplă, practic fără incidente sau accidente ;

— pot apărea (foarte rar) recidive, în caz de constituție deficitară a bolnavului ;

— recidivele trebuie reoperate ;

— eventrațiile nu sînt hernii, dar seamănă mult cu herniile, avînd multe elemente asemănătoare.

Dr. Mihai Mihăilescu
Medic primar chirurg
SPITALUL CLINIC AL MUNICIPIULUI BUCUREȘTI

ȘTIAȚI CĂ...

...în afară de efectul farmacologic propriu-zis al unui medicament, există o acțiune psihologică, așa-numitul efect „placebo", care poate contribui la ameliorarea unei boli, fără intervenția substanței farmaceutice ? S-a făcut chiar afirmația, în parte contestată, că 50% din medicamente, mai ales fortifiantele, cele remontante (întăritoarele), medicamentele digestive au în special un efect psihologic — efectul placebo —, rezultînd din încrederea în acțiunea lor.

...medicamente în aparență inofensive pot declanșa așa-numita „boală terapeutică" sau „iatrogenă", cum mai este numită, care după unele considerente ar reprezenta 15—25% din totalitatea maladiilor observate la om ? Un

exemplu doar : într-un serviciu de gastrologie s-a constatat că, din 200 de hemoragii digestive tratate, 40 % au putut fi imputate Aspirinei.

...cercetările în vederea realizării unui medicament reprezintă o activitate deosebit de complexă, care poate dura 5–10 ani ? Din momentul în care se presupune că o substanță chimică obținută fie prin extracție dintr-o materie primă naturală (umană, animală, microbiană, vegetală sau minerală), fie prin sinteză, ar putea avea un efect farmacologic (preventiv sau curativ), încep studiile de formulare a formei farmaceutice, de testare a stabilității, studiile preclinice de toleranță, de toxicitate (pe animale, pe celule izolate), apoi studiile clinice (pe om) și abia după ce se emite concluzia că preparatul medicamentos este activ și nu prezintă efecte adverse generalizate grave, poate fi pus la dispoziția terapeuticii, a bolnavilor.

Urmărirea efectelor adverse nu încetează, totuși, odată cu apariția noului medicament ; ea continuă prin comunicarea, de către medici, a observațiilor asupra efectelor secundare, pentru schițarea tabloului beneficiu/risc, în cadrul căruia se aplică oricare din terapii.

Farm. SILVIA CHERECHEȘ
CERCETĂTOR ȘTIINȚIFIC I.C.S.M.C.F.

Manifestările hemoragice la vîrsta copilăriei

Există boli care, la copil ca și la adult, produc o serie de manifestări hemoragice, cu diferite localizări. Astfel, pe piele și pe mucoase pot apărea mici pete roșii, care nu dispar la presiune, uneori confluează și realizează placarde. Apariția lor este spontană, dar o favorizează și o stînjenire a circulației locale, cum ar fi un elastic, o centură etc. Aceste pete reprezintă mici hemoragii perivasculare în piele și poartă numele de *peteșii*, totalitatea lor alcătuind *purpura* (nume dat prin asemănarea de culoare). O altă manifestare pe piele o reprezintă *echimozele* (vînătăile), care pot ajunge la mărimi considerabile. Ele apar la lovituri (traumatisme) minime și sînt localizate în special pe membrele inferioare și pe cele superioare, dar pot apărea și în alte părți ale corpului.

O manifestare hemoragică mai amplă și mai profundă o constituie *hematoamele*, care sînt revărsări mari de sînge în țesuturi, alcătuind adevărate pungi (dar fără perete propriu). Hematoamele se pot produce în țesutul celulo-adipos subcutanat, realizînd umflături ale pielii, dureroase, cu tegumentul de deasupra vînăt. Dacă sînt mai profunde, ca spre exemplu în mușchi, se constată numai tumefacția foarte dureroasă, care-l împiedică pe bolnav să facă mișcări ale regiunii interesate, dar fără modificarea aspectului pielii. Unele hematoame sînt situate în profunzimea cavității abdominale, îndărătul peritoneului (hematom retroperitoneal).

Hemoragiile pe mucoase pot apărea ca peteșii și cruste hemoragice pe mucoasa bucală, dar cea mai importantă manifestare este *hemoragia nazală* (epistaxisul). Ea poate fi uni- sau bilaterală, de proporții modeste, dar uneori ajunge la intensități care pot pune viața copilului în pericol.

Hemoragiile digestive se manifestă ca vărsături sanguinolente (hematemeză) și scaune negre ca păcura (melenă), care datoresc această culoare sîngelui digerat. Melena apare dacă hemoragia s-a produs în stomac sau în duoden ; dacă ea a avut loc în porțiunile mai joase ale intestinului, scaunul apare cu picături, striuri sau cantități mai mari de sînge proaspăt.

Hemoragiile gingivale se produc cu ocazia apariției sau căderii dinților, în caz de carii dentare sau atunci cînd copilul se spală pe dinți cu peria. Uneori ele pot fi de lungă durată.

Hemoragiile conjunctivale se manifestă ca niște pete roșii, vizibile pe „albul ochiului".

Hemoragiile pulmonare (hemoptiziile) sînt rare la copil și apar numai în anumite boli ale aparatului respirator (de menționat că la copilul cu tuberculoză NU apar, spre deosebire de adult !).

Hemoragiile intraarticulare (hemartrozele) apar numai în hemofilie. Ele produc tumefierea dureroasă, a articulației inundate, imobilizarea ei și — prin repetare — anchiloză uneori în poziție vicioasă.

Hemoragiile intracraniene sînt cele mai primejdioase, deoarece ele determină leziuni grave în substanța nervoasă sau compresiuni

asupra ei. Se însoțesc de fenomene neurologice și pot produce moartea micului bolnav. Frecvența lor este, totuși, mai mică decît a celorlalte localizări.

În ceea ce privește bolile în care apar aceste manifestări hemoragice, ele sînt numeroase și aparțin mai multor categorii, în care mecanismele de producere sînt diferite.

Primul grup îl reprezintă *hemoragiile de cauză vasculară*. Ele pot fi datorate unor defecte vasculare din naștere (congenitale) sau unor suferințe vasculare dobîndite. În primul grup intră afecțiuni în care există o slăbire constituțională a peretelui vascular, cum ar fi *telangiectazia ereditară, angiomatoza, distrofiile congenitale ale peretelui vascular.* Aceste afecțiuni sînt rare și produc manifestări hemoragice locale.

Bolile vasculare dobîndite sînt mai importante. În această grupă intră *vasculitele infecțioase nesupurate*, produse prin mecanism alergic sau infecțios. O boală importantă este *purpura reumatoidă*, în care copilul prezintă o erupție de elemente hemoragice, simetric situate, pe pielea din jurul articulațiilor gleznelor, genunchilor, coatelor, pe gambe, antebrațe și fese. În plus, există dureri și chiar tumefacții articulare la genunchi și glezne, dureri abdominale și – uneori – scaune melenice sau cu sînge proaspăt. Boala are cauză infecțioasă, dar mecanismul ei de producere este alergic. Altă vasculopatie este *purpura vasculară infecțioasă*, care apare în cursul infecțiilor bacteriene sau virale, de regulă grave, și se manifestă prin peteșii și echimoze diseminate pe suprafața tegumentului.

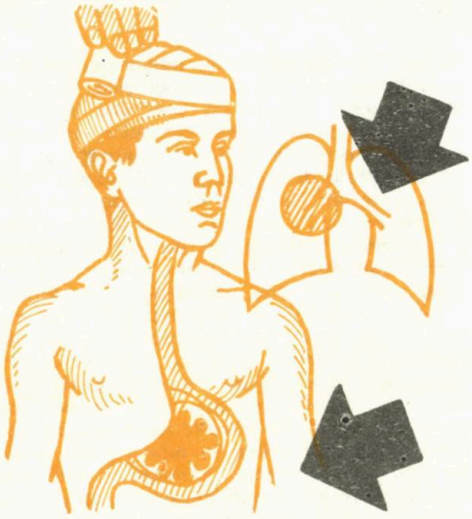
Al doilea grup este reprezentat de tulburările hemoragice produse din cauza scăderii numărului trombocitelor (plachetele sanguine), cu rol important în oprirea sîngerării, prin formarea unui „dop" la nivelul plăgilor vaselor. În mod normal ele sînt în număr de 150 000–400 000/mm^3 și scăderea lor *(trombocitopenia)* poate fi determinată de numeroase cauze. Există trombocitopenii de cauză neprecizată încă *(trombocitopenia idiopatică)*, în care evoluția este de obicei de durată (cronică) sau cu numeroase reveniri ale bolii (recăderi). S-a demonstrat că în unele cazuri această boală este datorată unui proces alergic (de sensibilizare), denumindu-se *purpură trombocitopenică imunologică*. Aspectul tegumentelor în această afecțiune este caracteristic, datorită numeroaselor echimoze (vînătăi) presărate pe toată suprafața corpului, ca petele de pe blana unui leopard, fapt care, anterior, i-a atras denumirea de „morbus maculosus". Alături de echimoze există și numeroase peteșii, se produc epistaxisuri (hemoragii nazale) frecvente, sîngerări gingivale, precum și alte manifestări hemoragice.

Trombocitopenii se întîlnesc și în alte circumstanțe. Există trombocitopenia acută infecțioasă, survenită în cursul unei infecții virotice sau bacteriene; trombocitopenia prin invadarea măduvei osoase cu celule maligne, ca în leucemie ; trombocitopenia prin oprirea formării acestor celule în măduvă din cauza iradierii cu substanțe radioactive sau prin infecții severe ; trombocitopenia prin încetarea activității medulare de producere a tuturor celulelor din sînge *(pancitopenia)* ; trombocitopenia prin activitate crescută a splinei *(hipersplenism)* și din alte numeroase cauze.

Menționăm că există boli trombocitare în care numărul trombocitelor este normal, dar funcția lor este alterată și consecințele sînt aceleași : apariția de manifestări hemoragice.

Al treilea grup îl constituie tulburările hemoragice produse de deficitul unor factori de coagulare. S-au descris 13 asemenea factori, dar în practica curentă bolile hemoragice întîlnite sînt produse din cauza lipsei cîtorva, mai importanți. Astfel, în bolile ficatului se întîlnesc manifestări datorate scăderii factorilor sintetizați în ficat : factorul I, fibrinogenul *(hipofibrinogenemie)* ; factorul II, protrombina *(hipoprotrombinemie)* ; factorul VII, proconvertina *(hipoproconvertinemie)*.

O boală deosebit de importantă și care reprezintă un defect ereditar este *hemofilia*. Se cunoaște *hemofilia tip A*, datorită lipsei din naștere a factorului VIII (globulina antihemofilică A), și *hemofilia tip B*, datorită lipsei din naștere a factorului IX (globulina antihemofilică B). Prima formă este cea mai frecvent întîlnită. Manifestările hemoragice din cursul ei sînt caracteristice : sîngerări gingivale de durată în momentul apariției dinților sau cu ocazia căderii lor ; sîngerări de durată (deși nu în cantitate mare dintr-o dată !) cu ocazia micilor răniri ale pielii sau ale mucoaselor (de exemplu, în urma mușcării limbii) ; revărsate hemoragice intraarticulare *(hemartroze)*, care apar prima dată cînd copilul începe să alerge sau să sară și apoi se repetă pînă la producerea unor modificări cronice, invalidante, ale articulației interesate. Asemenea hemartroze survin la articulațiile mari și solicitate : genunchii, gleznele, coatele, șoldurile. Este interesant faptul că hemofilia apare numai la băieți, dar transmiterea se face prin mame, care sînt, la rîndul lor, fiicele unor hemofilici, cunoscuți sau nu. Astfel, într-o familie se pot întîlni doi frați



hemofilici, cu unchi din partea mamei hemofilici şi cu veri (din partea unor surori ale mamei) hemofilici.

Stabilirea cu exactitate a cauzei care duce la apariţia manifestărilor hemoragice la un copil este de competenţa medicului, care o poate face – de cele mai multe ori – numai în urma unor laborioase investigaţii de laborator.

Tratamentul manifestărilor hemoragice – iarăşi de competenţa personalului medico-sanitar – este în primul rînd local, urmărind oprirea hemoragiei prin mijloacele la îndemînă : tamponări locale cu comprese muiate în soluţie de trombină sau cu bureţi de fibrină muiaţi în aceeaşi soluţie ; pansamente compresive ; pungă cu gheaţă în hematoame şi în hemartroze ; repaus la pat ; imobilizarea membrului inferior în atelă de lemn sau atelă gipsată, în caz de hemartroză.

Tratamentul general este diferenţiat în funcţie de boala care a produs hemoragiile. Se administrează medicamente hemostatice (care opresc singerările), de tipul Venostat, Adrenostazin, Dicynone, vitamina K, Fitomenadion.

Acestea nu ajută în toate situaţiile, uneori fiind necesar tratament substitutiv cu sînge proaspăt, masă trombocitară, plasmă proaspătă sau liofilizată, crioconcentrat de globulină antihemofilică A şi numeroase alte produse care pot fi hotărîte numai de către specialist.

Ceea ce merită reţinut în legătură cu manifestările hemoragice la copil este faptul că ele pot fi uneori numai nişte manifestări locale şi ocazionale, care nu pericliteză viitorul copilului şi pot fi rezolvate cu mijloace locale, iar alteori pot reprezenta semne ale unor boli grave, care necesită neapărat descifrare de către medic şi tratamente complexe şi de durată.

Dr. VLADIMIR MIHĂILESCU
Clinica de pediatrie „Fundeni"

EPIGRAME

UNEI ASISTENTE MEDICALE

Cum venele cumplit mă dor,
Cadoul meu de mărţişor,
Pe care cu mult drag ţi-l fac,
E o seringă... fără ac.

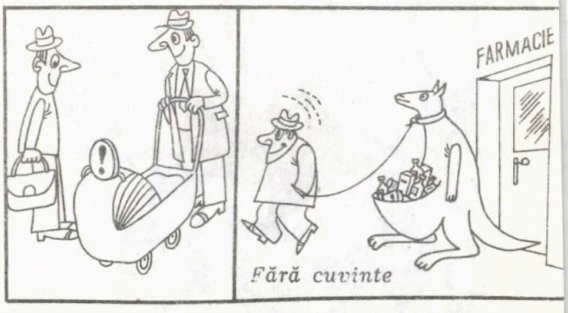
DILEMĂ

Mi se tot plînge Melinte
Că-l doare o măsea de minte.
Însă nu ştiu cum îl doare
Că el încă... nu o are.

SORA DE CRUCE ROŞIE

Printre paturi albe, suferinţe-alină
Şi n-are astîmpăr, parcă-i o albină.
Dar un singur lucru nu îmi e pe plac :
La fel ca albina şi ea poartă... ac.

NICULAE TACHE



Fără cuvinte

Desene de : NIC. NICOLAESCU

REUMATISMELE METABOLICE

Reumatismele metabolice sînt suferinţe determinate de depunerea în articulaţii a unor substanţe, consecutiv unor perturbări metabolice. Pe lîngă condrocalcinoză, numită şi *pseudogută*, boala metabolică ce determină cel mai des suferinţe articulare este *guta*.

Guta este o boală cunoscută de multe secole, dar ea a fost confundată, timp îndelungat, cu alte boli reumatice, inclusiv cu poliartrita reumatoidă.

Este o boală relativ frecventă, consecinţă a perturbării metabolismului protidic, avînd ca rezultat o creştere a concentraţiei acidului uric în sînge şi ţesuturi, îndeosebi în articulaţii, în ţesutul subcutanat şi în rinichi.

CARE SÎNT CAUZELE GUTEI ?

Anomalia caracteristică a bolnavilor cu gută este *hiperuricemia*. În producerea hiperuricemiei (concentraţia crescută de acid uric în sînge) intervine fie o hiperproducţie de acid uric în organism, fie o eliminare scăzută prin rinichi ; este posibil să intervină ambele mecanisme.

Acidul uric este un produs de dezasimilaţie, rezultînd din metabolismul protidic, şi anume din metabolismul nucleoproteinelor ; un exces de acid uric se poate explica printr-un aport alimentar exagerat de nucleoproteine, îndeosebi de carne şi de viscere. La producerea hiperuricemiei poate contribui dereglarea unor verigi metabolice, care explică de ce, în condiţii alimentare similare, numai unii bolnavi pot prezenta hiperuricemie.

Rezultînd din metabolizarea nucleoproteinelor, acidul uric se elimină prin rinichi ; este posibil ca unii indivizi să nu realizeze în bune condiţiuni această eliminare ; cu timpul se produce pe această cale o hiperuricemie.

Un lucru este deci clar : în producerea gutei are rol hiperuricemia, la a cărei realizare poate contribui atît hiperproducţia de acid uric, cît şi scăderea eliminării sale renale.

În producerea acestor anomalii, pe lîngă aportul exagerat de nucleoproteine, au rol şi alţi factori şi anume : supraalimentaţia (în general), consumul de alcool şi sedentarismul. Mulţi dintre suferinzii de gută sînt obezi, mari consumatori de carne şi de băuturi alcoolice, sedentari. Se poate afirma, pe bună dreptate, că guta poate constitui rezultatul nerespectării regulilor de viaţă raţională, în special a celor de alimentaţie raţională.

Guta este întîlnită cu mare predominenţă la sexul masculin (90% dintre bolnavii cu gută sînt bărbaţi) ; ea apare de obicei după vîrsta de 40—50 de ani şi foarte rar înaintea vîrstei de 20 de ani.

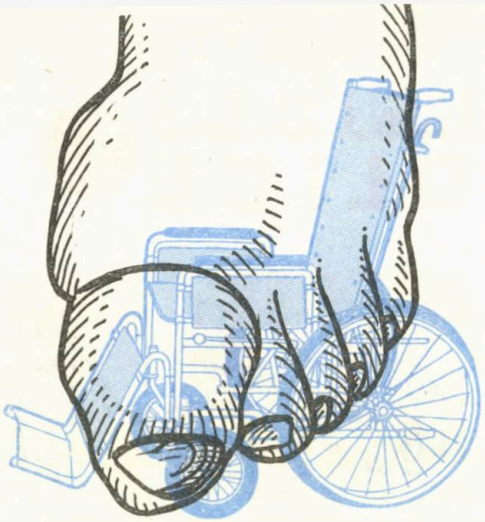
În producerea gutei, pe lîngă factorii etiologici amintiţi, mai intervine şi rolul eredităţii, care explică frecvenţa mai mare cu care guta apare în anumite familii ; în cadrul acestor familii se constată o tendinţă marcată la hiperuricemie, o parte dintre subiecţii cu hiperuricemie făcînd şi crize tipice de gută.

Hiperuricemia favorizează pătrunderea unui exces de acid uric în articulaţii, iar depunerea la acest nivel a unor cristale de urat poate constitui o spină iritativă, care să declanşeze o reacţie inflamatorie intensă ; faţă de cristalele de urat organismul reacţionează printr-un aflux local de leucocite, care încearcă să cureţe terenul, înglobînd cristalele străine ; din păcate, o parte din leucocite cad victimă în cursul luptei şi, după ce au fagocitat (distrus) cristalele amintite, ele se dezintegrează, eliberînd o serie de enzime proteolitice, care măresc inflamaţia locală.

În felul acesta se explică apariţia suferinţelor articulare acute, sub forma unor adevărate crize.

Cu timpul, uneori după 10 ani sau chiar mai mult, depunerea uraţilor în ţesuturi determină manifestări cronice ale bolii, la nivelul tegumentelor, articulaţiilor şi rinichilor.

Deci, guta are două modalităţi evolutive : *acută* şi *cronică*. O perioadă de 5—10 ani sau mai mult, boala evoluează sub forma unor crize acute ; după acest interval de timp, pe primul plan se situează manifestările cronice ale gutei.



CUM SE MANIFESTĂ CRIZELE ACUTE DE GUTĂ ?

Prima criză de gută poate apărea în plină sănătate ; bolnavul, culcîndu-se în condiţii normale, este trezit brusc din somn, în timpul nopţii, de dureri de mare intensitate, apărute în articulaţia degetului mare de la picior ; în scurt timp această articulaţie se tumefiază (se umflă) şi se înroşeşte, iar durerea devine insuportabilă. Inflamaţia articulaţiei şi a ţesuturilor din jur este atît de pronunţată, încît unii bolnavi, crezînd că este vorba de o infecţie, încep din proprie iniţiativă un tratament cu antibiotice.

În timpul zilei durerea diminuează puţin, dar se intensifică în cursul nopţii următoare. În lipsa unui tratament, o asemenea criză poate dura 8—10 zile sau mai mult. Ea se poate repeta după cîteva luni ; cu trecerea anilor, crizele acute de gută devin mai frecvente şi afectează şi alte articulaţii, pe lîngă articulaţia metatarsofalangiană a halucelui, care constituie sediul de elecţie (de preferinţă) al primelor crize. Pot fi afectate gleznele, genunchii, articulaţiile mici ale degetelor mîinii, coatele.

În cazul multor bolnavi putem deosebi unii factori ce intervin în declanşarea crizelor acute de gută ; cel mai des este vorba de un exces alimentar, de o masă copioasă, bine stropită cu vin sau cu un alt alcool ; alteori poate interveni un efort fizic, un traumatism, o emoţie puternică.

Bolnavul cu crize acute de gută solicită, de regulă, ajutorul medical ; în urma consultului, medicul poate cere şi unele analize de laborator, din care una este esenţială : dozarea acidului uric în sînge, prin care se constată o importantă creştere a acestuia.

MANIFESTĂRILE CRONICE ALE GUTEI

Aşa cum arătam mai sus, după mai mulţi ani de evoluţie apar unele manifestări cronice, determinate de depunerea uraţilor în piele, articulaţii şi rinichi.

Prin depunerea uraţilor la nivelul pielii apar aşa-zişii tofi, care pot fi observaţi în regiunea pavilionului urechii, sub forma unor noduli proeminenţi alb-gălbui ; noduli asemănători pot apărea şi la nivelul degetelor mîinii, coatelor, tendoanelor lui Ahile.

În gută cronică au loc depuneri de uraţi la nivelul articulaţiilor, care prezintă un proces inflamator cronic, dureri şi deformări ; sînt interesate articulaţiile degetelor mîinii şi toate celelalte articulaţii, pe care le-am amintit cînd am vorbit despre crizele acute de gută. Prin depunerea uraţilor în articulaţii sînt generate, alături de inflamaţia cronică, procese de osteoliză (resorbţie minerală şi organică a osului), ce interesează extremităţile osoase.

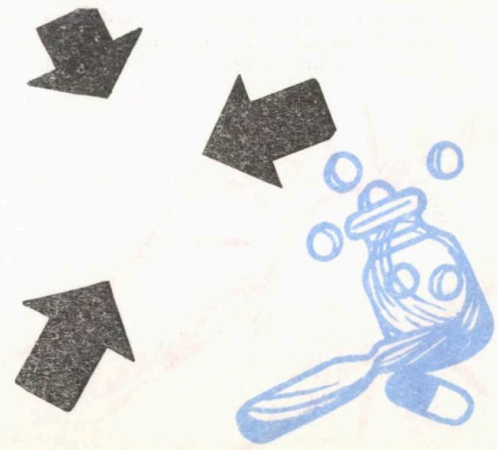
În sfîrşit, prin eliminarea unei cantităţi mari de uraţi prin rinichi are loc o încrustare a parenchimului renal (nefropatia gutoasă) şi o depunere sub formă de calculi în bazinet şi în căile urinare. Nefropatia gutoasă evoluează către insuficienţă renală, iar calculii din bazinetul renal migrează de-a lungul ureterului, producînd dureri intense, cunoscute sub numele de **colici nefretice.**

CUM PREVENIM GUTA ?

Întrucît cunoaştem cauzele gutei, este posibilă prevenirea ei, în primul rînd prin măsuri igienodietetice, printr-o viaţă raţională. Se recomandă evitarea supraalimentaţiei, nu numai cu carne şi viscere, ci şi cu grăsimi ; se recomandă, de asemenea, evitarea alcoolului. În caz de obezitate, se recomandă regim hipocaloric, pentru revenirea către greutatea ideală.

Se recomandă, de asemenea, evitarea sedentarismului ; cei care au profesii sedentare vor avea o activitate fizică zilnică, prin practicarea gimnasticii, a mersului pe jos, a crosului, a jocurilor sportive.

Factorul ereditar, despre care am vorbit, creează o predispoziţie la gută, dar prin aplicarea cu stricteţe a măsurilor



igienodietetice precizate mai sus este perfect posibilă evitarea apariţiei bolii.

TRATAMENTUL GUTEI ACUTE ŞI CRONICE

În timpul crizelor acute de gută, durerile sînt violente, insuportabile ; de aceea, trebuie instituit, cu promptitudine, un tratament eficace.

Medicamentul de elecţie, pe care-l administrează medicul căruia i se adresează bolnavul, este Colchicina. Deşi folosită de secole, Colchicina îşi păstrează şi astăzi indicaţia şi utilitatea în tratamentul crizelor acute de gută.

În cazul în care Colchicina nu este bine tolerată (unor bolnavi le poate provoca diaree), se recurge la Fenilbutazonă sau Indometacin, medicamente ce ameliorează suferinţa bolnavului în 24—48 de ore.

Prin medicamentele de mai sus se pot rezolva crizele acute de gută, prin combaterea inflamaţiei articulare ce le caracterizează, dar fondul metabolic rămîne neinfluenţat.

Avem la îndemînă două medicamente, cu ajutorul cărora influenţăm în sens favorabil acest fond metabolic, caracterizat prin hiperuricemie : *Probenecidul* şi *Allopurinolul.*

Probenecidul favorizează eliminarea urinară a acidului uric şi — implicit — scăderea concentraţiei sale sanguine.

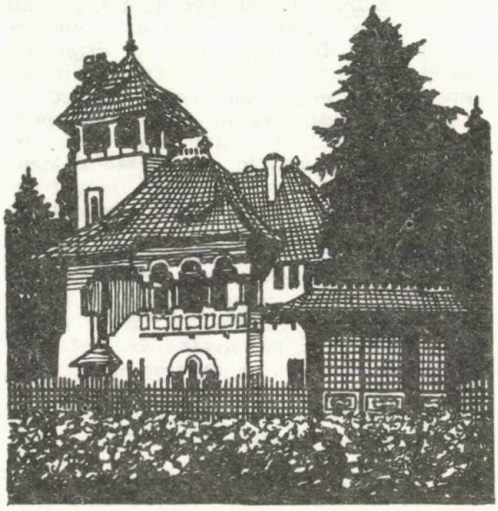
Allopurinolul împiedică sinteza acidului uric, prin inhibiţia unei enzime.

Ambele medicamente trebuie administrate timp îndelungat. Prin normalizarea concentraţiei acidului uric se împiedică atît repetarea crizelor acute de gută, cît şi instalarea manifestărilor sale cronice.

Prof. dr. doc. ŞT. ŞUŢEANU
ŞEFUL CLINICII MEDICALE
Spitalul „Dr. I. Cantacuzino"

UN GEST PENTRU ETERNITATE

MUZEUL DE ARTĂ POPULARĂ Prof.dr.N.MINOVICI



Pasagerii trăsurilor ce-şi prelungeau traseul după bătăile cu flori de la Şosea, ale începutului de secol XX, prin colbul drumului ce părăsea oraşul, depăşind hipodromul, priveau miraţi la schelele ce înălţau construcţia unei case în plin cîmp, departe de oraş, în apropierea staţiei de cale ferată de la Băneasa.

După numai un an, prin 1906, construcţia înaltă, albă, cu acoperiş din ţiglă roşie, care se zărea de la mare distanţă, devenise deja un veritabil punct de reper şi un loc de mare interes turistic, promenadele terminîndu-se, de multe ori, atunci ca şi astăzi, la „Vila cu clopoţei".

Proprietarul ei, profesorul doctor Nicolae Minovici, ceruse arhitectului Cristofi Cerchez să întocmească planurile unei construcţii care să amintească de vechile cule oltenești, construcţii ale căror proporţii încîntă ochiul şi pe care arhitectul a reuşit să le transpună şi în locuinţa de odihnă a doctorului.

Gîndită iniţial ca o vilă de odihnă, construcţia va deveni pînă la urmă „vila neodihnei sale", aşa cum însuşi N. Minovici o va numi. Aici, profesorul, savantul, medicul, omul îşi va afla neodihna sufletului şi a trupului, muncind la grădina ce înconjura edificiul, va osteni asupra diferitelor obiecte de artă populară românească, pe care le va colecţiona cu o deosebită grijă, nu numai în privinţa valorii

lor artistice, dar și în privința diversității lor și a arealului lor diferit.

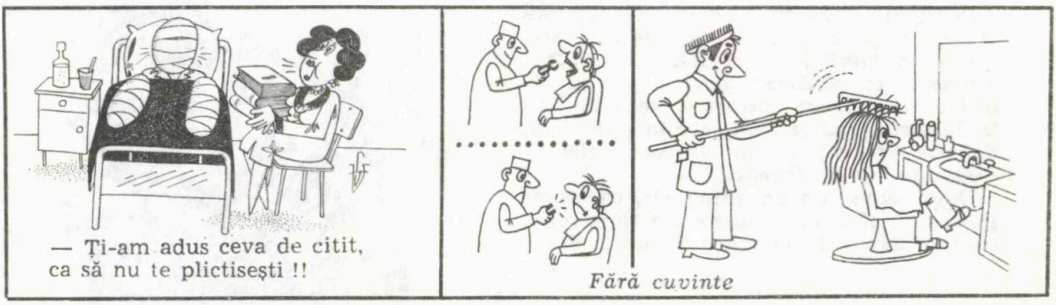
De la farfuriile și cănceele cu un desen și un colorit extrem de divers, provenite din marile centre tradiționale ale meșterilor olari, la instrumentele muzicale milenare cunoscute și utilizate pe meleagurile strămoșești — fluier, cimpoi, caval, cobză —, la scoarțele ale căror figuri geometrice și îmbinare policromă uimesc prin prospețime, toate au traversat veacurile cu acea sfidare a timpului, caracteristică marilor opere de artă. Apoi țesăturile, unde acul a descris în drumul său inimaginabile dar solide în timp trasee, pe care ața a lăsat o statornică mărturie. Dar o altă îndeletnicire, care de veacuri se practică pe meleagurile noastre cu o neîntrecută artă — pictura pe sticlă și cea pe lemn —, în care meșteri anonimi au marcat o adevărată renaștere artistică românească, nu este și ea la fel de bine reprezentată în vila profesorului medic ? Meșteri anonimi, a căror personalitate artistică era evidentă. Meșteri fără școală, dar meșteri cu inimă în care vibra arta. Meșteri fără studii, dar meșteri care făceau școală și care lăsau urme în trecerea lor. Meșteri care mergeau la inima oamenilor, care-i făceau să-și iubească tradițiile și datinile. Alături de alte piese aflate între cele din tezaurul pe care l-a strîns cu osîrdie N. Minovici, cum ar fi covoarele, mobilierul, cojoacele, costumele populare, care întregesc ansamblul expozițional, tematic prezentat, colecția oferă un minunat tur de orizont celui ce o vizitează, asupra ceea ce se cheamă artă, stil și suflet românesc.

Crescut într-o familie unde tradițiile populare românești erau ridicate la înalt rang, Nicolae, fratele mai mic al altui savant de renume, profesorul doctor Mina Minovici, cel care va pune bazele medicinii legale în țara noastră și va înființa primul institut de medicină legală, îl va urma pe acesta în specialitate și apoi la catedră, după strălucite studii medicale și după ce abandonase studiile de la belle-arte, mărturie a talentului său fiind cele cîteva pînze pictate de colecționar, aflate în camera unde a locuit pînă în ultima clipă. Cel de-al treilea frate, Ștefan, deși va fi profesor universitar de chimie și decan al facultății respective, va avea și el contribuții în diferite studii de medicină legală, cei trei frați Minovici, punîndu-și, printr-o fericită colaborare, cunoștințele în slujba rezolvării multor probleme de medicină legală, îmbogățind prioritățile românești ale școlii noastre de medicină, cunoscută astăzi pretutindeni în lume.

Dar savantul și colecționarul, ilustrat prin omul Nicolae Minovici, nu considera că trebuie să se izoleze în acel „turn de fildeș" al omului cu înalte preocupări. Idealurile sale erau în fond idealurile poporului în mijlocul căruia trăia. Altruismul medicului nu putea să se împace cu egoismul colecționarului ; de aceea, în 1936, el oferă Statului colecția sa într-un gest de o mare noblețe sufletească, considerînd că bucuria artistică de a fi adunat o asemenea avere spirituală nu-și găsește rostul decît dacă este pusă la dispoziția marelui public, a celor ce vor să-și îmbogățească necontenit sufletul și mintea.

Minunat gest, fericită coincidență, pentru că în mai 1936, la numai doi kilometri distanță, se deschidea, tot pe malul lacului Herăstrău, Muzeul Satului, idee fructificată de un grup de inimoși oameni de suflet și cultură românească, conduși de sociologul Dimitrie Gusti, care avea să fixeze în eternitate satul românesc. Așa s-a născut acel minunat colț de rai românesc, cele două edificii ale artei românești, între care, parcurgînd drumul ce le unește, avem răgazul necesar să ne gîndim la arta milenară pe care o avem și cît de solide rădăcini există pentru neamul nostru pe aceste meleaguri.

C. FLORIN



Fără cuvinte

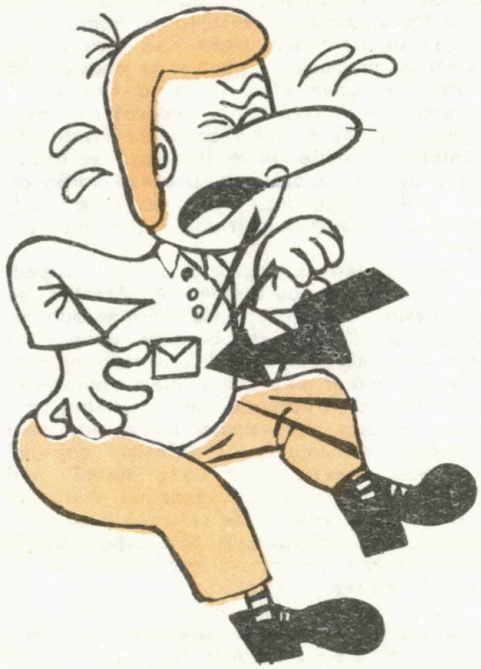
Desene de : NIC. NICOLAESCU

Cu pași fără sunet

Peste plecări și întoarceri
Trece carul vieții în grabă,
Cărînd anotimpuri...
Astăzi alt „August" cu zile fierbinți
Ne-aduce aminte, fără tăgadă,
De Eroii plecați
Către nicăieri...
Ei cresc în frunze și ramuri înalți,
Cu ochii întorși către noapte,
Stranie cohortă...
Răspunzînd la apel,
Cu pași fără sunet,
Sub al țării drapel
Se întorc în fiece „August"
În „23",
La triumfala paradă !...

ELENA LEONORA FRUGINĂ
MEMBRĂ A CENACLULUI CULTURAL-PATRIOTIC „VASILE CÂRLOVA"

DUREREA hepatobiliară



Conf. dr. Gh. Bucur
Spitalul Clinic „Titan"

Între durerile abdominale, durerile de origine biliară și hepatică sînt cele mai frecvente. Ele apar în cazul îmbolnăvirii ficatului și a căilor biliare, dar și prin influențarea acestora de către alte organe. În majoritatea cazurilor durerile de origine hepatică și biliară au la bază afectarea organică sau funcțională a aparatului biliar sau a ficatului.

Cele mai multe dureri „de ficat" sînt de fapt dureri biliare datorate îmbolnăvirii veziculei și căilor biliare. Între acestea, **colicile biliare** sînt cele mai frecvente și au uneori un dramatism deosebit. De obicei aceste dureri încep brusc sau după o scurtă perioadă care precedă declanșarea bolii („aură biliară"), la cîteva ore după masă, îndeosebi după masa de seară, sau noaptea, între orele 1—3. Mesele abundente, bogate în grăsimi, surmenajul, emoțiile, perioada menstruală pot favoriza apariția durerilor. Fenomenele se manifestă mai întîi cu o senzație de greutate sau tensiune dureroasă sub rebordul costal drept, apoi durerea crește în intensitate, devenind greu suportabilă și jenînd respirația. Durerile, descrise de bolnav în mod diferit, ca o „strînsură", „mare tensiune dureroasă", „sfîșiere", „ghem dureros" etc., pot fi resimțite în partea superioară a abdomenului, sub rebordul costal drept, în spate și, de multe ori, în umărul drept. Fe-

nomenele dureroase se însoțesc, de regulă, de grețuri, vărsături alimentare și bilioase, intoleranță alimentară gastrică, balonare abdominală, agitație. Aceste dureri durează una sau mai multe ore ; pot ceda și spontan, dar, în general, este necesară medicația antispastică.

La bătrîni, colica poate fi însoțită de o stare generală alterată, uneori de colaps cardiovascular, cu transpirații, scăderea tensiunii arteriale și puls frecvent și slab și de o balonare abdominală mai accentuată.

Colica biliară, tratată sau netratată, calmată, poate reveni în mod imprevizibil, însoțită de tabloul simptomatic arătat, mai mult sau mai puțin complet.

Cauza cea mai frecventă a durerii biliare acute — colica biliară — este litiaza biliară și se datorește, în fapt, migrării unui calcul și distensiei dureroase a căilor biliare. Ea se produce însă și în alte condiții : infecții biliare, afecțiuni cu caracter funcțional (diskinezii), manifestări locale ale unor tulburări neurovegetative generale, emoții puternice. Uneori durerile apar în timpul evacuării bilei, la o veziculă modificată anatomic (veziculă septată, canal cistic îngustat, distorsionat), care stînjenește evacuarea. Uneori tulburări hormonale — hiperestrogenie premenstruală —, o alimentație bogată în grăsimi (îndeosebi grăsimi emulsionate, ca maioneze, gălbenuș de ou, alimente pregătite cu rîntașuri) produc, de regulă, contracția dureroasă a unei vezicule biliare inflamate. Factori alergici sau reflecși, cu puncte de plecare diverse (gastrice, apendiculare, intestinale), pot fi, de asemenea, capabili să determine o colică biliară.

Uneori colica biliară poate fi însoțită de icter sau subicter și de urine închise la culoare. De asemenea, poate fi însoțită de o ușoară ascensiune termică, de tulburări de tranzit intestinal (diaree sau, din contră, încetinirea tranzitului) sau chiar, destul de frecvent, de dureri precordiale și retrosternale, de tip anginos, mai ales la bolnavii mai în vîrstă.

Durerea abdominală sub rebordul costal drept poate fi de origine hepatică. Ea apare ca o durere acută a acestei regiuni, datorită distensiei bruște a capsulei ficatului, în diverse situații, ca decompensarea rapidă cardiacă, hepatita acută virală etc., însoțite de mărirea de volum a ficatului.

Durerea biliară acută survine, de obicei, la un bolnav care a mai avut asemenea dureri, care se știe purtător al unei boli veziculare sau a căilor biliare și a mai fost văzut de medic în asemenea situații. El știe, în general, care este medicația de urgență și o folosește de rutină, de multe ori cu succes.

Cînd colica biliară este „în premieră", ea sperie pe bolnav și acesta, în marea majoritate a cazurilor, solicită ajutorul medicului, care apreciază dacă este vorba de o durere acută biliară sau de altă natură și stabilește conduita terapeutică. Automedicația este foarte riscantă. Tot atît de riscantă este și folosirea, fără indicația medicului, a unor „medicamente care, în asemenea situații, au făcut bine altora".

Durerea poate fi expresia unui sindrom abdominal acut, a cărui terapie depășește limitele eficienței unor medicamente, necesitînd o asistență medicală mai complicată — și chiar o intervenție chirurgicală — ceea ce numai medicul poate stabili.

Chiar în cazuri cronice, cînd este vorba de un bolnav cunoscut ca purtător, de exemplu, al unei litiaze biliare, o criză dureroasă, care este foarte puternică, însoțită de febră, icter, meteorism accentuat, trebuie să reclame intervenția medicului, pentru ca acesta să aprecieze corect situația și să stabilească tratamentul în continuare, deoarece, în asemenea situații, o colică se poate însoți de complicații foarte grave (hidrops vezicular, perforație veziculară) sau poate fi vorba de cu totul altceva decît colica pe care bolnavul o avea, mai mult sau mai puțin frecvent.

Există dureri de origine biliară cu aspect cronic, continue sau discontinue. Acestea se manifestă ca o senzație de tensiune sub rebordul costal drept sau anterior, uneori cu iradiere la dreapta, de-a lungul marginii costale, în umărul drept sau interscapulovertebral. Ele pot fi datorate unor inflamații ale căilor biliare, ale veziculei biliare sau unei inflamații a ficatului, cu destensia capsulei hepatice. Aceste dureri au o durată mai lungă, de cîteva zile sau chiar mai mult, sînt însoțite de o sensibilitate crescută local și se accentuează la inspirație. Medicația care se folosește în colica biliară este ineficientă, de regulă, în asemenea cazuri.

După cum se poate deduce din cele de mai sus, problema abordării sau atitudinii față de o durere presupusă hepatobiliară este deosebit de importantă și din punctul de vedere al medicului, dar mai ales al bolnavului. În cazul cînd durerea apare pentru prima dată, este esențial pentru bolnav să știe despre ce este vorba și ce are de făcut în viitor. Automedicația, autoaprecierea situației pot avea consecințe imprevizibile. În cazul cînd la un vechi colecistopat apare o

durere cu totul deosebită, o colică violentă, greu suportabilă, rebelă la tratamentele obișnuite, aceasta impune o reevaluare a datelor și stării bolnavului, a eventualității unor complicații sau agravări. O judecată similară se poate face și în cazul unor dureri hepatobiliare cronice.

În toate cazurile, numai medicul este în situația de a putea să aprecieze corect, pe baza examenului clinic sau prin investigații suplimentare de laborator, care este situația actuală a bolnavului și care sînt măsurile imediate sau conduita viitoare.

Aceste aspecte trebuie avute în vedere de bolnav, cu atît mai mult, cu cît durerea de origine hepatobiliară, mai ales biliară, apare, după cum s-a subliniat, condiționată și declanșată de factori alimentari, psihoemoționali sau neurohormonali, ce acționează de multe ori în anume situații în care, prin nesolicitarea în timp util a medicului, se poate ajunge la stări patologice cu mare risc pentru bolnav.

ȘTIAȚI CĂ...

...formele severe de gripă pot determina mai frecvent complicații pulmonare (bronșită, pneumonie) și mai rar complicații cardiace sau ale sistemului nervos ?

...în pandemia din anul 1918, datorită condițiilor vitrege cauzate de primul război mondial, aproape jumătate din populația globului a fost afectată de gripă și că o epidemie aproape la fel de gravă a fost așa-zisa „gripă asiatică" din anul 1967 ?

...virozele respiratorii — și în primul rînd gripa —, frecvente în sezonul rece, se tratează prin repaus la pat cîteva zile, supozitoare cu Paracetamol, Aminofenazonă sau Fenilbutazonă, Aspirină, vitamina C, calmante ale tusei și numai în formele prelungite, complicate cu infecții microbiene, se asociază antibiotice, dar numai cu avizul medicului ?

...în afara unor particule din aerul atmosferic — pneumalergeni —, ca de exemplu : praful de casă, păr de animale, pene, fulgi, mucegaiuri, microbi etc., crizele de sufocație din astmul bronșic mai pot fi provocate de efortul fizic, unele alimente (ouă, grăsimi, căpșuni, ciocolată etc.) și medicamente ca Penicilina, Aspirina, Piramidonul, sulfamide etc. ?

...frecvența îmbolnăvirilor de tuberculoză pulmonară este de 4—5 ori mai mare la alcoolici decît la cei ce nu consumă asemenea băuturi ?

...tutunul acționează dăunător asupra întregului organism, dar bolile asociate cel mai frecvent fumatului sînt cancerul pulmonar, bronșita cronică, emfizemul, cardiopatia ischemică, infarctul de miocard, arteritele și ulcerul gastroduodenal ?

...pentru a obține dezobișnuirea de fumat se recomandă diferite metode psihoterapice, acupunctura și, ca terapie medicamentoasă, injecții cu lobelină sau folosirea soluției de nitrat de argint 1‰, sub formă de gargarisme sau badijonare ?

...în producerea ulcerului gastroduodenal, în afara factorilor de ordin alimentar, intervin oboseala, stările de tensiune nervoasă, fumatul, consumul de băuturi alcoolice și folosirea abuzivă a unor medicamente ca Aspirina, Cortizonul, diverse preparate antireumatismale etc. ?

...transplantul de plămîn a fost realizat pentru prima oară în 1963 și, după zeci de asemenea intervenții chirurgicale, rezultatele modeste obținute au impus rezervă pînă la rezolvarea fenomenului de respingere a grefei ?

...începînd din anul 1979 se obțin rezultate mai bune în combaterea fenomenului de respingere, îndeosebi în grefa de rinichi, prin utilizarea, după transplant, a unui antibiotic, **Cyclosporina A,** cu proprietăți imunologice remarcabile, produs de un mucegai ?

Dr. G. UNTEANU
MEDIC PRIMAR

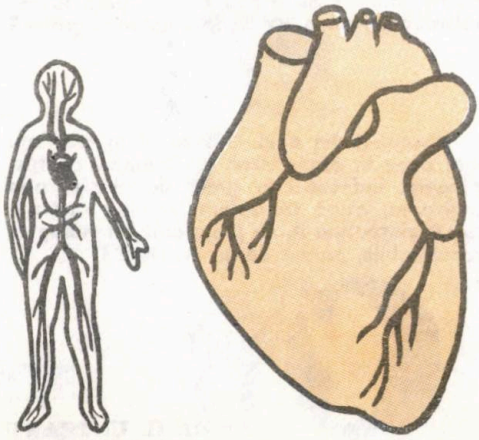
Ce vrea să vadă UN MEDIC la teatru

Oftalmologul : „Avea două pistoale, cu ochi albi şi negri", de Dario Fo.
Cardiologul : „Casa inimilor sfărîmate", de George Bernard Shaw.
Stomatologul : „Măseaua de minte", de Corneliu Marcu.
Neurologul : „Există nervi", de Marin Sorescu.
Medicul legist : „Ultima oră", de Mihail Sebastian.
Pediatrul : „Copiii soarelui", de Maxim Gorki.
Igienistul : „Baia", de Vladimir Maiakovski.
Radiologul : „Efectul razelor gamma asupra anemonelor", de Paul Zindel.
Internistul : „Răceala", de Marin Sorescu.
Hematologul : „Nunta însîngerată", de Federico Garcia Lorca.
Logopedul : „Pygmalion", de George Bernard Shaw.
Anestezistul : „Lungul drum al zilei către noapte", de Eugene O'Neil.
Alergologul : „Mult zgomot pentru nimic", de William Shakespeare.
Balneologul : „Tango la Nisa", de Mircea Radu Iacoban.
Psihiatrul : „Aceşti nebuni fătarnici", de Teodor Mazilu.
Veterinarul : „Mielul turbat", de Aurel Baranga.
Parazitologul : „Ploşniţa", de Vladimir Maiakovski.
Specialistul în cultură fizică medicală : „Goana după fluturi", de Bogdan Amaru.
Specialistul în medicina cuplului : „Doi pe un balansoar", de Wiliam Gibson.
Endocrinologul : „Piticul din grădina de vară", de D. R. Popescu.
Acupuncturistul : „Floare de cactus", de Pierre Barillet şi Pierre Grédy.
Urologul : „Piatră la rinichi", de Paul Everac.
Stagiarul : „Nu sînt turnul Eiffel", de Ecaterina Oproiu.
Medicul generalist : „Jolly-Jocker", de Tudor Popescu.
Kinetoterapeutul : „Tango", de Vladimir Mrozec.
ORL-istul : „Puricele în ureche", de Georges Feydeau.
Electroacupuncturistul : „Cititorul de contor", de Paul Everac.
Apiterapeutul : „Gustul mierii", de Shelagh Delaneyi.
Fitoterapeutul : „Muşcata din fereastră", de Victor Ion Popa.
Chirurgul care face multe gărzi : „A douăsprezecea noapte", de William Shakeaspeare.
Anatomopatologul : Nu se ştie niciodată", de George Bernard Shaw.
Gerontologul : „De-apururi vii", de Victor Rozov.
Geneticianul : „Arborele genealogic", de Lucia Demetrius.
Farmacistul : „Reţeta fericirii", de Aurel Baranga.

Pt. conformitate, **C. Florin**

O BOALĂ ADESEA IGNORATĂ

PERICARDITA ACUTĂ BENIGNĂ SAU IDIOPATICĂ



PUŢINĂ ANATOMIE

Ca şi plămînii, inima este „învelită" într-o dublă foiţă numită **pericard.** Aceste două foiţe comunică între ele, una fiind fixată de inimă (foiţa viscerală) şi alta, comunicînd cu prima, situată la exterior (foiţa parietală).

Între aceste două foiţe este un aşa-zis „spaţiu virtual", cu lichid extrem de puţin sau absent.

„AVEŢI O NEVRALGIE INTERCOSTALĂ"...

Inflamaţia pericardului, ca orice proces inflamator, împrumută pericardului sufixul „ită" şi se cheamă **pericardită.**

Această inflamație a pericardului, care recunoaște o diversitate de cauze, poate (mai rar sau la început) să nu fie însoțită de apariția unui lichid în „sacul pericardic" (între cele două foițe ale pericardului), cînd se vorbește de **pericardită uscată,** sau (cel mai frecvent) între cele două foițe apare o cantitate (variabilă) de lichid, constituind **pericardită exsudativă.** Cantitatea de lichid poate să fie foarte mică și punerea ei în evidență este extrem de dificilă, sau poate să fie foarte abundentă, realizîndu-se așa-zisa „tamponadă" a inimii, nepermițînd acestui organ contractil să se dilate și să primească o cantitate suficientă de sînge în diastolă.

Sîngele care nu mai „încape" în inimă stagnează în plămîni, în ficat, apar edeme (membrele inferioare se umflă, prezintă „edeme") și apare așa-numita insuficiență prin deficitul de umplere a inimii, **insuficiența hipodiastolică.** Tamponada inimii impune adesea funcționarea și scoaterea lichidului din cavitatea pericardică. Aceeași insuficiență hipodiastolică poate să apară și ca urmare a unei sudări a foițelor pericardice, care realizează o **pericardită constrictivă.**

Dar constatarea existenței unui lichid pericardic, prin mijloace clinice și de laborator (paraclinice), nu înseamnă totul.

Pentru ca tratamentul să fie util sînt necesare două lucruri : diagnosticarea cît mai timpurie a pericarditei și stabilirea cauzei acestei pericardite.

Spre sfîrșitul deceniului al cincilea, trei cauze majore erau considerate ca generatoare de pericardite : **infecțiile bacteriene** (în special pneumococul, pericardita fiind, de regulă, secundară unei pneumonii pneumococice), **reumatismul** (în primul rînd reumatismul articular acut) și **tuberculoza.** Sigur existau și există încă și alte cauze (mai rare) ale pericarditei acute (uremia, lupusul eritematos diseminat, cancerul, infarctul miocardic etc.).

În urmă cu circa 30 de ani se considera că 40% din pericardite sînt consecința reumatismului poliarticular acut, 25% sînt pericardite bacteriene (7% fiind reprezentate de cele tuberculoase) ; în uremie sau în bolile de colagen (mai ales lupusul eritematos diseminat), îmbolnăvirea pericardului se consemna la circa 3% din cazuri, iar în infarctul miocardic acut sau în viroze complicația pericardică se semnala la aproximativ 10% din bolnavii cu pericardită.

Incidența bolilor — și deci și profilul morbidității — s-a modificat în decursul anilor. Antibioticele au scăzut considerabil proporția pericarditelor bacteriene, tuberculoza se întîlnește mult mai rar ca în trecut, grație medicamentelor de care dispunem și grație controalelor preventive tot mai numeroase, iar reumatismul acut, o boală extrem de frecventă la copii și adolescenți în trecut, se întîlnește tot mai rar azi. Raritatea cu care se evidențiază această boală, care „linge articulațiile și mușcă inima", este consemnată în special în țările cu nivel de viață ridicat, unde există clinici (în unele țări) care își împrumută bolnavii cu reumatism acut pentru a-i prezenta studenților.

Noi înșine constatăm o reducere considerabilă a reumatismului acut și, nu de puține ori, bolnavi, care ne sînt trimiși spre internare cu diagnosticul de „reumatism acut", sînt în realitate alte forme de reumatism (așa-zisul reumatism secundar și în special spondilite anchilozante, forme periferice cu îmbolnăvirea articulațiilor, în special ale celor de la membrele inferioare).

Fără îndoială că cele mai frecvente pericardite sînt cele virotice, infecțiile — cu diverși viruși (A.P.C., Coxsackie, E.C.H.O. etc.) — aflîndu-se la baza celor mai multe pericardite.

Important este însă faptul că atingerea pericardică poate să fie adesea frustă și durerea precordială pe care o resimte un bolnav „răcit", cu „viroză", e adesea interpretată de acesta — și chiar de medic — drept o „nevralgie intercostală".

PERICARDITA ACUTĂ BENIGNĂ FRUSTĂ, UN DIAGNOSTIC ADESEA DIFICIL...

Pentru a fi fixat, diagnosticul de pericardită acută necesită o serie de semne clinice (subiective sau obiective), radiologice, electrocardiografice și de laborator (modificări în hemogramă, V.S.H. etc.).

Sigur că prezența acestor manifestări, în totalitatea lor, nu ar pune probleme dificile pentru diagnosticul inflamației pericardului, dar (din nefericire) expresia lor poate fi atenuată sau poate lipsi, ceea ce explică ușurința cu care, adesea, sînt judecați acești bolnavi.

Contextul de „viroză" în care apare determinarea pericardică este prezent în majoritatea cazurilor.

Durerea precordială este foarte importantă, dar intensitatea ei poate fi extrem de diversă : de la o simplă jenă („un junghi intercostal"), la o durere foarte vie, care, dacă survine la un bolnav în vîrstă și care se mai și cunoaște ca fiind coronarian, ridică suspiciunea unui infarct miocardic acut. De cîte ori medicii noștri de gardă nu au primit astfel de „infarcte" ! ... Durerea vie are și o mare durată și, un fapt important, se accentuează la inspirație. O durere precordială concomitentă cu o stare febrilă trebuie, de la început, să elimine suspiciunea unui infarct miocardic.

Examenul obiectiv pe care îl practică medicul, prin ascultarea cu stetoscopul, poate pune în evidenţă un zgomot particular produs de frecarea celor două foiţe pericardice inflamate : **frecătura pericardică.** Este un semn deosebit de valoros, dar, din nefericire, de multe ori nu-l putem pune în evidenţă. Tot mai des în practica medicală ne întîlnim cu astfel de situaţii. Efectuarea unei electrocardiograme este esenţială, dar forma frustă a pericarditei nu se manifestă prin semnele clasice, consemnate în tratatele de medicină (anumite modificări „concordante"). În orice caz, examenul electrocardiografic, executat în cabinetul medicului sau la camera de gardă, poate să excludă un infarct miocardic.

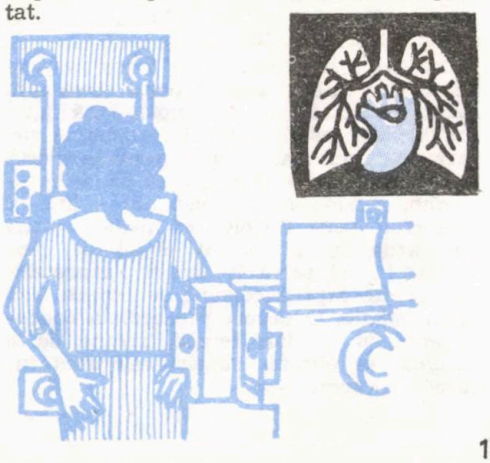
Examenul radiologic, care în mod clasic evidenţiază o inimă mărită, „un cord în carafă" sau „un dublu contur al inimii", poate fi negativ. Uneori însă el semnalează un aspect de viroză pulmonară sau chiar prezenţa unei colecţii pleurale, pentru că pericardita acută benignă se însoţeşte, uneori, şi de o pleurezie. Pentru ca semnele radiologice să fie prezente este nevoie de o cantitate de cel puţin 200—300 ml lichid între foiţele pericardice.

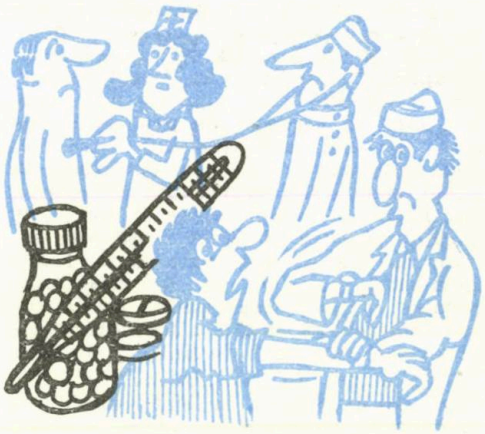
Examenele de laborator pot fi şi ele neconcludente. În general se spune că leucocitele sînt scăzute (4 000 sau sub 4 000), că limfocitele sînt crescute şi V.S.H. este mărită, dar nu prea mult. În practică, leucocitele pot fi normale sau chiar crescute, pentru că infecţia virală se asociază cu una bacteriană ; limfocitele pot fi normale şi nu sînt rare cazurile în care V.S.H. este normală.

Certitudinea diagnosticului ne-o dă examenul cu ultrasunete al inimii, **ecocardiografia.**

Punerea în evidenţă a unui spaţiu fără ecouri **(echo free)** între foiţele pericardice se remarcă şi la cantităţi foarte mici (30—50 ml) de lichid pericardic.

Important pentru pericardita acută benignă este faptul că **ea poate recidiva,** după un timp mai scurt sau mai îndepărtat.





CÎTEVA CUVINTE DESPRE TRATAMENT

Tratamentul cel mai eficace este cel cu Prednison sub protecţie de Tetraciclină (şi B complex).

Obişnuim să dăm 40—50 mg (8—10 tablete) de Prednison pe zi şi 1—2 comprimate Tetraciclină şi un comprimat B complex, tot la 6 ore.

Pentru a împiedica producerea recidivelor tratamentul cortizonic (cu Prednison) trebuie făcut cel puţin două săptămîni, iar pe măsură ce scădem Prednisonul, introducem un antiinflamator necortizonic (Aspirină, Indometacin, Paduden etc.).

Sînt autori care de la început administrează Aspirina sau celelalte antiinflamatorii necortizonice, considerînd că în felul acesta nu se mai produce recidiva.

Există şi situaţii în care Prednisonul este de la început contraindicat (bolnavi cu diabet zaharat, ulcer etc.). şi sîntem obligaţi să renunţăm la el.

Avînd posibilitatea să diagnosticăm un foarte mare număr de bolnavi cu pericardită acută benignă noi am constatat efectul foarte bun al Prednisonului (evident, cînd nu sînt contraindicaţii). Durerea cedează foarte repede, frecătura pericardică, semnele electrocardiografice (discrete adesea) dispar şi ele şi, lucrul cel mai important, modificările ecocardiografice nu se mai consemnează.

În general, boala nu dă complicaţii şi chiar dacă bolnavii fac recidive, acestea, tratate suficient, dispar fără a lăsa urme.

Dr. OVIDIU OPRIAN
şi dr. PAULA I. POGĂCEANU
Spitalul M.I. „Dr. Babeş"

CE AVEM NOI DE FĂCUT ?

Doctorul, consultînd un pacient :

– Deci, ai temperatură, te doare capul, ai ameţeli şi nici cu ficatul nu stai prea bine... Ce avem noi de făcut acum ?

– Poate ar fi bine să mergem să consultăm împreună un alt doctor.

ESTE VORBA DOAR DE O SINCOPĂ

Un om leşină pe stradă. O ambulanţă este chemată şi pacientul este dus de urgenţă la spital. Doctorul de gardă, dezbrăcîndu-l pe pacient, găseşte un bilet în buzunarul hainei : „Doctore, este vorba de o banală sincopă. Nici vorbă de apendicită. Am fost deja – în situaţii similare – operat de două ori şi nu cred că mai fac faţă la o a treia intervenţie".

DESIGUR

Un psihiatru încearcă să descopere cauzele nevrozei unei paciente, prin mijloacele psihanalizei.

– Spuneţi-mi, vă rog, ce aţi visat noaptea trecută ?

– Oh, am avut un coşmar ! Se făcea că mă plimb goală pe stradă, avînd numai o pălărie pe cap.

– Cred că eraţi foarte jenată de situaţie...

– Desigur ! Nu numai că nu era o pălărie la modă, dar mai avea şi eticheta cu preţul lipită de ea.

LA RESTAURANT

Un doctor se duce la restaurant, după o zi grea de muncă :

Ospătarul : – Am creier, inimă, picioare de porc, ficat de vită, organe în sînge...

Doctorul : – Te cred, dragă, te cred ! Dar, te rog, pentru toate astea vino mîine la cabinet.

A SCĂPAT CINEVA ?

Noapte adîncă. Cineva bate la uşa balamucului. Cînd portarul deschide, un bărbat întreabă precipitat :

– A scăpat vreun nebun de aici astăzi ?

– Din cîte ştiu eu, nu. Dar de ce întrebaţi ?

– Pentru că soacra mea tocmai a fugit de acasă cu un bărbat.

TRIMITEŢI NOTA

Doctorul îi spune lui Harry că soţia sa urma să suporte o operaţie pe care trebuia s-o fi făcut încă de cînd era copil.

– O.K. ! – aprobă Harry – Faceţi-i operaţia şi trimiteţi nota de plată soacrei mele.

EXACT CE SPUN ŞI EU !

Un doctor este chemat de urgenţă la spital pentru o operaţie. Se aruncă în maşină şi porneşte cu toată viteza. La un colţ de stradă este oprit de un agent de circulaţie, pentru exces de viteză.

– Dacă n-ai fi dumneata să mă ţii, aş fi acum la spital ! – spune medicul, nervos.

– Exact asta spun şi eu ! – replică, netulburat, poliţistul.

Selectate şi traduse de: ELISA MADOLCIU

OBEZUL la control

De pe cîntar, unde-i urcat,
Un om obez a întrebat
Dacă-i cumva adevărat
Ceea ce dînsul a aflat,
Că omul trebuie s-arate
Atîtea kile-n greutate
Cîţi centimetri are-n plus
Contînd de la un metru-n sus.
— Nu ştiu dacă-i raportat exact
— Răspunde medicul, cu tact —
Căci dac-aşa totul ar sta,
Privindu-te pe dumneata,
Cred c-ar trebui să treci
Peste doi metri şi cincizeci.

ION VULPESCU

O PROBLEMĂ DE PSIHOLOGIE

MAMA ÎN FAȚA CARDIOPATIEI CONGENITALE A COPILULUI

Actul creației are în scara valorilor umane cea mai mare apreciere. Dar crearea unei noi vieți — aceasta fiind o posibilă definiție a nașterii unui copil — este cotată cu valoarea cea mai înaltă. Complexitatea mecanismelor biologice umane, de zămislire a unei noi vieți, este apropiată de perfecțiune și cunoașterea lor are de umplut multe goluri. Deoarece aceste mecanisme admit încă eroarea, sînt multe tipuri de tulburări organice cu care copilul se înscrie încă de la naștere. Aceste tulburări, denumite *congenitale*, sînt rezultanta unor deficiențe de structurare embrionară și au cauze încă extrem de puțin cunoscute.

Una dintre categoriile de tulburări congenitale este cea care afectează funcția cardiacă. Cardiopatiile congenitale au o incidență cam de 0,6—0,7% și prezintă, practic, gravitatea cea mai mare, căci inima este cel mai important organ vital.

Cardiopatiile congenitale se întind pe un registru destul de larg, invalidînd copilul în măsuri diferite. Unele atrag moartea în cîteva zile sau luni de la naștere, altele tolerează supraviețuiri de ani de zile.

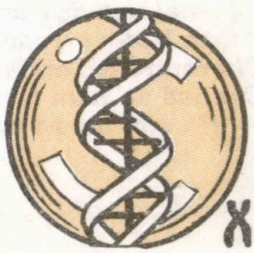
De obicei, se impun atenției mamei încă din prima copilărie, fie printr-o rezistență scăzută a copilului la eforturi fizice, fie prin coloratia vineție (cianotică) a extremităților. Realizarea diagnosticului, tratamentul și urmărirea medicală a acestor copii asigură o supraviețuire prelungită. Vindecarea sau ameliorarea acestor deficiențe se poate face numai pe cale chirurgicală. Dar atît momentele medicale, cît și cele chirurgicale ale evoluției unui copil cu cardiopatie congenitală sînt mediate și întreținute de părinții săi și, mai ales, de mamă.

Primul moment dificil este cel al diagnosticului, el putînd avea loc imediat după naștere, sau mai tîrziu, pînă la vîrsta școlară. Aflarea diagnosticului de către mamă și de către ceilalți membri ai familiei duce uneori la ideea că mama ar purta răspunderea bolii copilului. Mama însăși se poate simți vinovată că în timpul sarcinii a făcut niște eforturi, a luat niște medicamente banale etc. Or, cunoștințele actuale nu permit conturarea unui regim de viață pentru o gravidă, care să asigure evitarea unei cardiopatii congenitale.

Eforturile mamei și ale tuturor celor apropiați copilului cu cardiopatie congenitală trebuie îndreptate nu spre culpabilizarea cuiva, ci spre crearea unui climat de dezvoltare psihomotorie cît mai bun. Dincolo de nevoia unei alimentații mai bogate în principii active, a unei încăperi mai bine încălzite, copilul cu cardiopatie congenitală are trebuințe mai mari de afecțiune și încurajare, de sprijin din partea mamei, de mai multă înțelegere și răbdare. El se va simți totdeauna mai slab decît ceilalți copii, fie ei frați, surori, sau colegi de creșă, grădiniță, școală. Puterea fizică redusă, aspectul neplăcut — în cazul celor cu cianoză — sînt inițial doar simțite de către cel în cauză și doar ulterior conștientizate și, eventual, imputate mamei. Felul în care mama reușește să compenseze aceste limite are mare importanță pentru dezvoltarea acestor copii și pentru maturizarea lor emoțională. Există studii care relevă că tendința mamelor acestor copii este de a amplifica gravitatea reală a deficiențelor cardiace. Supraevaluarea gravității este cu atît mai mare cu cît diagnosticul bolii este mai de timpuriu precizat și operează mai mult la familiile cu nivel socio-cultural mai redus. O boală congenitală diagnosticată precoce nu este neapărat foarte gravă, decelarea (punerea în evidență) ei putînd fi favorizată de întîmplare, de alte evenimente medicale etc.

Este oricum important ca medicul pediatru să explice mamei gradul de gravitate al cardiopatiei și să ofere o listă cît mai clară de „acțiuni interzise" pentru copilul în cauză. Un set prea mare de acțiuni interzise în raport cu posibilitățile lăsate de boală îl va face pe copil să nu ajungă să aibă responsabilități, să rămînă dependent de părinți, în pofida existenței unor resurse fizice. Din pricina grijii exagerate a părinților, există copii cu boli congenitale care suportă greu și o separare de scurtă durată de mamă, ceea ce îngreunează, de pildă, realizarea procedurilor medicale prin care se tratează afecțiunea.

O altă problemă greu de rezolvat de către mamă este cea a controlului relațiilor afective ale copilului bolnav cu frații sau cu surorile lui. Din capul locului, mama riscă fie să-și iubească prea mult copilul bolnav, fie să-i poarte prea puțină



afecţiune, în raport cu ceilalţi copii. A doua situaţie este mai nocivă, cu atît mai mult cu cît copilul cu cardiopatie este, de obicei, dominat de fraţii lui. În orice familie există o concurenţă între copii, pentru obţinerea unei „porţii" mai mari de iubire din partea părinţilor. Această concurenţă duce, mai ales la copiii preşcolari, la schimburi de agresivităţi (este vorba de rivalitatea fraternală). Copilul cu cardiopatie, fiind mai slab fizic, este şi mai puţin agresiv şi, oricum, luptă mai puţin pentru a-şi cîştiga părinţii. Dacă mama lui îl iubeşte mai puţin, şansele lui de maturizare sînt cu atît mai mici ; dacă este iubit în prea mare măsură, va avea un statut prea bun în comparaţie cu fraţii lui şi atunci ei îşi vor spori agresivitatea faţă de el, ceea ce poate fi la fel de nociv. Mama trebuie să creeze acestui copil un statut afectiv ceva mai bun în comparaţie cu fraţii lui, ceea ce poate însemna recompense mai mari şi pedepse mai mici, dar statutul său nu trebuie să fie fundamental diferit de al celorlalţi copii.

Momentul pe care mama trebuie să-l grăbească este cel al intervenţiei chirurgicale. La Spitalul „Fundeni", în Clinica de Chirurgie Cardiovasculară condusă de prof. dr. doc. I. Pop D. Popa, există o secţie specială pentru copii cu cardiopatii congenitale. Mama copilului Gabriel G. a venit cu neîncredere pentru precizarea diagnosticului şi eventuala operaţie a fiului ei de şapte ani. Învineţirea degetelor şi a buzelor micuţului la frig au convins-o pe mamă să meargă la medicul pediatru, la cîteva luni după naştere. Ideea existenţei bolii cardiace la copilul său a făcut-o nefericită, dar i-a sporit la maximum atenţia cu care l-a crescut, fiind şi unicul copil. Trecerea anilor a dus la clarificarea particularităţilor bolii, dar pentru siguranţă era necesară internarea în clinica prof. Pop D. Popa. După realizarea investigaţiilor obişnuite, s-a ajuns şi la cateterismul cardiac (prin el se cunoaşte cel mai bine boala de care suferă inima). Acest cateterism cardiac constă într-o

mică operaţie prin care o sondă ajunge, pe calea unor vase mari de sînge, în inimă, pentru a se putea obţine imagini radiologice. Şi apoi verdictul : „Copilul va fi operat !" Riscurile sînt destul de mari. Mama este speriată de gîndul că micuţul va suferi, dar nu are de ales. Urmează emoţiile aşteptării, vestea că operaţia a sfîrşit cu bine, apoi cele două zile de reanimare, în timpul cărora nu-l poate vedea prea mult, dar poate constata că nu mai este vînăt nici la buze, nici la degete. Şi iată-l din nou în salon ; încă sînt dureri, încă e greu, dar practic inima e sănătoasă şi plecarea acasă nu se lasă prea mult aşteptată.

O operaţie cardiacă este un lucru complicat şi riscant, dar este soluţia de vindecare a copiilor cu cardiopatii congenitale. Mama trebuie să o accepte pentru a oferi copilului ei şanse de a ajunge la o dezvoltare organică şi psihică cît mai apropiată de normal. Ea trebuie să-l convingă pe copil, care trebuie să fie conştient de necesitatea intervenţiei chirurgicale, să-l mobilizeze pentru a participa la procesul de recuperare postoperatorie. De asemenea, este de dorit ca momentul operaţiei efective să fie cît mai apropiat de indicaţia medicului. Amînarea intervenţiei chirurgicale duce la menţinerea invalidităţii fizice a copilului, atrăgînd încetinirea dezvoltării psihoafective a acestuia şi accentuînd dependenţa lui faţă de părinţi ; or mama trebuie să-şi ajute copilul, să compenseze handicapul din naştere şi să-l recupereze, pentru a-l face apt pe micuţul care a suferit atîta, să poată trăi prin propriile lui forţe.

Psiholog R. O. Clit
Clinica de Chirurgie Cardiovasculară
Spitalul Clinic „Fundeni"

CIUPERCA NEAGRĂ

FABULĂ POLINEZIANĂ

Păstrînd în viața lor, încă de mici,
Un obicei din străbunici,
Doi tineri insulari, îndrăgostiți,
Dar de-o distanță mare despărțiți,
S-au apucat – ca-n vechile povești –
Prin focuri și prin fumuri să-și dea vești.
Comunicîndu-și numai gînduri bune,
Ei își cîntau iubirea ca pe strune,
Visînd acele clipe fericite
Ale căsătoriei împlinite...

Dar, într-o zi, privind din nou în zare,
Vede băiatul, spre a lui mirare,
Un nour de fum negru ce se-ngroașe,
Luînd forma unei ciuperci uriașe.
Și, uluit de hida arătare,
Vrea s-afle tat-său ce părere are.
Privește bătrînul și-i răspunde-ndată :
– Fata ta aicea nu-i amestecată.
Un semn cum se vede pe cer profilat,
Nu de oameni pașnici este proiectat,
Deși se întîmplă – și-o constați uimit –
Culmea, în oceanul „Pacific" numit.
Cei care fac asta sînt oameni cu tară,
Care vor ca viața pe glob să dispară
Și care ne poartă cu minciuni nocive,
Că-s experiențe pur inofensive.
Morala e una : să fim toți uniți
Și, cu voci de stentori, să strigăm : OPRIȚI!

ION VULPESCU

DIN UMORUL MEDICAL UNIVERSAL

Portret ideal

Cînd un client vrea să ridice
Portretul soației terminat,
Pictoru-ncearcă să-i explice
Cu cîtă artă l-a lucrat :
— Doar graiul, atît îi lipsește !
— Îi spune el, spre a-l convinge —
La care soțul izbucnește :
— Lasă-l așa, nu-l mai atinge !

Obiect nociv

Doi puști de vîrstă preșcolară,
Din care unul de la țară,
Trimiși în baie de părinți,
Vorbesc, spălîndu-se pe dinți :
— Ce-i asta ? — întreabă, bunăoară,
Cel care vede prima oară,
Așezat jos, printre flacoane,
Un cîntar plat pentru persoane.
— Nu știu să-ți spun cum se numește
— Răspunde celălalt — nici ce este,
Știu doar că ne cam dă de furcă,
Căci mama, cînd pe el se urcă,
Foarte ușor e să observi,
Face mereu crize de nervi...

COSMETICĂ

Sfaturi
Noutăți
Opinii

RIDURI DE EXPRESIE ŞI REMEDIEREA LOR

Neliniştea, spaima pot marca, în timp, în regiunea frunţii, două riduri caracteristice, pe care le puteţi înlătura dacă veţi efectua zilnic exerciţii de relaxare a tuturor muşchilor faciali.

Durerea, emoţiile ce nu pot fi stăpînite pot provoca riduri deasupra buzei superioare. Pentru suprimarea lor se recomandă un anumit exerciţiu, şi anume, strîngerea cu putere a porţiunii dintre nas şi buza superioară.

Nehotărîrea — lipsa puterii de decizie — antrenează muşchiul bărbiei, ceea ce are drept consecinţă apariţia de mici riduri săpate în adîncitura dintre buza inferioară şi bărbie. Se vor executa exerciţii de destindere a muşchilor din zona respectivă.

Tristeţea, decepţia, descurajarea, deziluzia marchează riduri în jurul ochilor, pe frunte şi în jurul buzelor. Sînt indicate exerciţii prin care să se contracteze puternic muşchii din zonele respective.

Meticulozitatea, pedanteria, tipicarismul duc la apariţia de riduri în colţurile ochilor şi între sprîncene. Se recomandă exerciţii de relaxare a muşchilor frontali şi orbiculari.

ŞTIŢI CUM SĂ MERGEŢI ?

Un mers frumos şi elegant se poate obţine păşind cu capul ridicat, cu abdomenul supt, cu umerii drepţi, uşor aruncaţi spre spate, cu senzaţia de apăsare pe omoplaţi.

Braţele trebuie să cadă uşor degajate de-a lungul trupului, iar muşchii din zona inferioară a spatelui vor fi complet relaxaţi.

În timpul mersului, picioarele vor fi aşezate unul în faţa celuilalt, ca şi cum am merge pe o sfoară întinsă.

Paşii vor fi moderaţi, iar întoarcerea se va face rotind tot corpul cu o secundă înainte de a roti picioarele. În felul acesta mişcarea va fi suplă.

Toate aceste recomandări le puteţi pune în practică şi mergînd pe stradă, admirînd cerul şi gîndindu-vă că un fir de plumb vă traversează corpul, dar aveţi grijă să evitaţi obstacolele ! Ştiţi cine vă controlează cel mai bine ţinuta ? Oglinda.

CUM SE URCĂ O SCARĂ

Cu corpul uşor înclinat în faţă, puneţi piciorul drept pe scară, apăsînd greutatea pe piciorul stîng. Nu lăsaţi greutatea să apese pe şolduri.

CUM SE COBOARĂ O SCARĂ

Ţinînd corpul drept, pliaţi genunchiul numai în momentul cînd simţiţi sub picioare treapta, coborîţi uşor într-o parte ; în felul acesta vedeţi mai bine pe unde călcaţi.

Nu coborîţi niciodată în galop.

CUM SĂ NE AŞEZĂM

Nu vă aruncaţi pe scaun. Dacă sînteţi într-o vizită, evitaţi fotoliile scobite, alegeţi-vă mai bine un scaun drept.

Nu încrucişaţi picioarele, apropiaţi genunchii, fără însă a-i strînge prea tare.

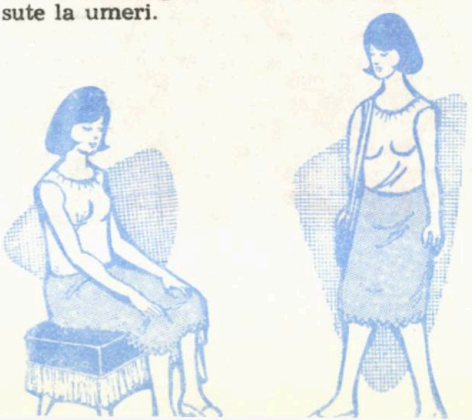
Dacă aveţi picioarele lungi şi frumoase puteţi sta picior peste picior, acestea rămînînd paralele, fără să fie presate unul de altul şi cu vîrfurile îndreptate în jos.

O poziţie foarte decentă constă în încrucişarea gleznelor, piciorul drept fiind adus în spatele celui stîng, iar vîrfurile atingînd solul.

PUTEM CORECTA FORMA UMERILOR PRIN ÎMBRĂCĂMINTE ?

Umerii înguşti sau căzuţi pot fi corectaţi purtînd bluze sau cămăşi cu umerii laţi, cu epoleţi sau cu gulere „tip militar".

La taioare sau jachete corectarea acestui defect se poate face prin perniţe cusute la umeri.



Dacă spatele este rotunjit, iar corpul este aplecat înainte, se recomandă gulere înalte sau fulare înnodate la gît.

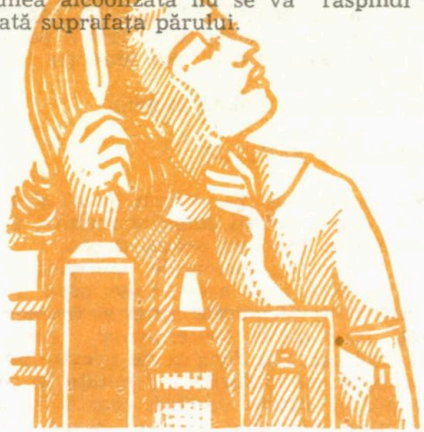
Rochiile şi bluzele vor fi croite raglan, fără să marcheze umerii.

PĂRUL SUPLU ŞI LUCIOS

Apa de mare usucă părul, îl face să se despice cu uşurinţă la vîrfuri şi să se decoloreze, accentuîndu-i chiar căderea.

Unele femei adoptă soluţia folosirii briliantinei. Pentru moment părul capătă suplețe şi luciu, dar aceasta e o soluţie trecătoare, căci părul se va usca apoi mai tare, devenind şi mai fragil.

Un remediu ar fi folosirea de produse pe bază de alcool. Explicaţia constă în aceea că alcoolul este un excitant care stimulează circulaţia sanguină a pielii capului şi a glandelor sebacee, accelerînd fabricarea de **sebum** (secreţie a glandelor sebacee), care protejează firul de păr. Cu aceste produse se va freca pielea capului cu vîrful degetelor, astfel încît să nu se răsucească rădăcina firelor de păr. Deci, loţiunea alcoolizată nu se va răspîndi pe toată suprafaţa părului.



Înainte de a folosi loţiunea respectivă părul va fi periat, pentru a îndepărta praful şi impurităţile depuse în timpul zilei.

VÎRSTA SE POATE CUNOAŞTE ŞI DUPĂ URECHI ?

Se spune în general că vîrsta se poate stabili după mîini şi gît. Dar şi după urechi. Urechea este organul care se formează primul la făt, dar este şi primul care îmbătrîneşte. Pentru a întîrzia îmbătrînirea, foarte importantă este activarea circulaţiei sîngelui prin masarea zilnică a urechilor cu apă rece, pînă se înroşeşte pielea.

Seara, vom aplica o cremă hrănitoare, aceeaşi pe care o folosim pentru îngrijirea obrazului şi a gîtului.

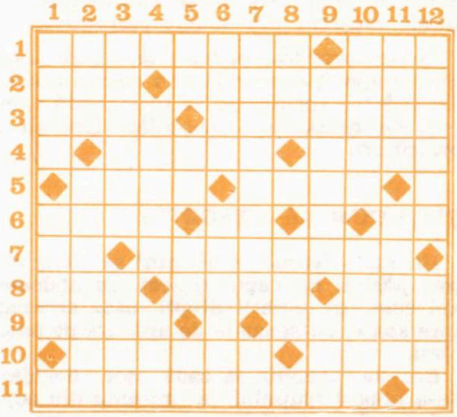
Unele persoane fac puncte negre pe lobul urechii sau chiar în interior. Acestea se pot scoate cu uşurinţă cu un „tir comedon" sau prin apăsare între 2 degete învelite în tifon steril.

Pentru curăţirea interiorului urechii se rulează pe un beţişor puţină vată, se înmoaie în apă de colonie sau alcool şi se curăţă interiorul urechii, pătrunzînd însă cel mult un centimetru.

Farm. LUDMILA COSMOVICI
Farm. L. ZISSU

DEGETELE

Orizontal : 1. Poetul (1850–1889) reprezentînd „expresia integrală a sufletului românesc", care, în „Scrisoarea I", descriindu-l pe „bătrînul dascăl", ne arată că : „Uscăţiv aşa cum este gîrbovit şi de nimic, / Universul fără margini e în degetul lui mic" (Mihai) — Localitate în Franţa. 2. „Aurul...", operă de Richard Wagner care are printre personaje pe Alberich, piticul cel rău, pe al cărui deget străluceşte un inel fermecat (nom.) — Poet român contemporan, distins cu Marele Premiu al Uniunii Scriitorilor pe 1985, care a inclus poezia „Degetul uriaş", în volumul de



versuri „Snop de fulgere" (Radu). 3. Ochi simplu, pe care îl au anumite artropode – Flautistul solist, protagonist al romanului „Degetele lui Marsias", de Radu Ţuculescu (Alidor). 4. Poet român (1935–1956), model al adolescentului genial, despre care Nichita Stănescu a arătat că : „...ne era degetul sufletului care scrie" (Nicolae) – Prozator român contemporan, autorul povestirii „Printre degete" (Ion). 5. Armuri – De oaie sau de capră. 6. Degetul cel mai gros al mîinii, care se opune celorlalte degete – Piesă de harnaşament – Unde ! 7. Antemeridian – Urme lăsate de degete pe o suprafaţă oarecare. 8. Siglă pentru Institutul de Fizică Atomică – Totalitatea membrilor unei organizaţii – Localitate în U.R.S.S. 9. În locul acesta – Nicidecum. 10. Locuitori antici ai Italiei, care foloseau degetele mîinii stîngi pentru a număra unităţile şi zecile şi pe ale dreptei pentru sute – A exprima o opţiune electorală. 11. Autorul romanului „Fiul secetei", în care Nuţa, soţia lui Vasile Pozdare, vorbind despre familia ei, afirmă că : „Noi sîntem ca degetele de la o mînă : dacă e tăiat unul, sîngerează şi celălalt !" (Ion).

Vertical : 1. Zeul iubirii, reprezentat, într-una din ipostaze, ca un copil sau ca un tînăr ţinînd în mînă o făclie şi cu cealaltă un deget la gură, pentru a sugera discreţie (mit.) – Numele dat de craiul florilor eroinei titulare din povestirea „Degeţica", de H. C. Andersen. 2. Cel mai subţire şi mai scurt dintre degete, aşezat lîngă inelar – Bătrîna „mititică adusă de şele", din povestirea „Năluca", de Mihail Sadoveanu, departe de frumuseţea din tinereţe, cu „degetele, ca fusele...". 3. Degetul aflat între degetul mijlociu şi cel mic – Barcă mică cu fundul plat. 4. Floarea pe-al cărui pistil verde drept la mijloc şedea „Degeţica" lui H.C. Andersen – Întreprinderea pentru materiale de construcţii (abr.). 5. Eugen Barbu – Capul berbecului ! – Metru pătrat (abr.) – Maro deschis ! 6. Au verighete pe degete – Organ situat în partea superioară stîngă a cavităţii abdominale. 7. Cuie mici – Plantă textilă. 8. Următoarele (abr.) – Localitate în R.F. Germania. 9. Care este acţionat sau produs de vînt – Eroina povestirii „Cu deget nevăzut", de Asztalos István. 10. Dirijorul orchestrei, prieten cu Timotei Alidor, din romanul „Degetele lui Marsias", de Radu Ţuculescu (Carol) – Uriaş monstruos, care, în locul degetelor, avea o sută de capete de balaur, iar din coapse îi ieşeau şerpi (mit.). 11. Riu în Spania – Cuvînt strict tematic. 12. Cuişoare (reg.) – Avînt.

Dicţionar : VIC, OCEL, IGE, ACON, END, INEZ.

ADAM STOICA

CĂRŢI DE VIZITĂ

(5,7)

Dr. C. MIHU-GRECI

(5,9)

Dr. MIA CHIŢU-SEPI

(5,9)

Col. dr. DIM. GOICEA

(5,8)

Dr. EUGEN MICOLO

COSMETICĂ

(Biverb : 3, 5)

T T T

LA CHIRURGIE

(Monoverb: 2+4+2+1=9)

LA DENTIST

(Monoverb anagramat : 5+4)

ADAM STOICA

Aflaţi prin anagramare specialităţile fiecăruia din cei patru doctori de mai sus.

Scrisoare de pe litoral

Iată-mă pe litoral,
În sezonul estival,
Privind marea printre plete,
Și-ncercînd numai regrete,
Căci cu-un spirit mercantil
I-am vîndut, în mod subtil,
Mămicii taiorul nou,
Două rochii și-un mantou,
Lui tătică' bicicleta,
Costumul și servieta
Și-n final casetofonul,
Să-mi ating din plin plafonul.
Cam așa, papa-maman,
Am ajuns și cleptoman
Și cu bani mie pe mie,
M-am trezit la Eforie,
Unde-am stat pe săturate,
Cînd pe burtă, cînd pe spate,
Spre a fi frumos bronzat,
Uniform, proporționat,
Să arăt precum un fante
Pus pe cuceriri galante.
Și-am umblat din bar în bar,
Cu prieteni de pahar,
Că-i plăcea lu' băiețelul,
Dans, antren și păhărelul.
Efemerul rai clădit,
Astăzi este prăbușit.
Banii mi s-au terminat,
La hotel nu mai am pat,
Ceasul l-am amanetat,
Iar acum mă tot gîndesc
Încotro să o pornesc ?

„Dragii mei, promit de-acum,
Să pornesc pe un alt drum.
Viața să v-o fac frumoasă :
Deci, aș vrea să vin acasă !
Închei, cu-același vechi refren :
Rog trimiteți bani de tren !
Cu drag,
Ionel"

Morala

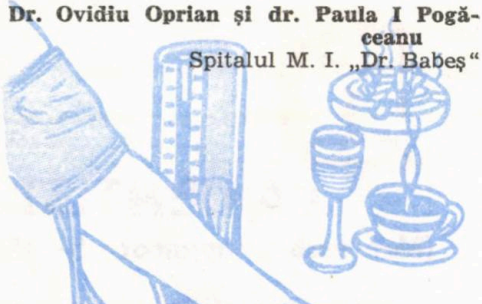
Mai sînt tineri ce greșesc
Și apoi se tînguiesc,
În loc să se-ntrebe-ntîi,
Dacă fapta ce-i îmbie,
Nu-i cumva o nerozie...
Asemenea năravuri
Se-ntind ca o neghină,
Atunci, cînd, nu sînt smulse,
La timp din... rădăcină.

Pt. conf.
Ing. I. NEGREANU
MEMBRU AL CENACLULUI EPIGRAMIȘTILOR
„Cincinat Pavelescu"

CÎTE CEVA DESPRE

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

Dr. Ovidiu Oprian și dr. Paula I Pogăceanu
Spitalul M. I. „Dr. Babeș"



EPOCA BOLILOR CARDIOVASCULARE...

Există o unanimitate în a se recunoaște faptul că rata cea mai mare de îmbolnăviri o dau bolile cardiovasculare, iar în cadrul lor ponderea cea mai importantă o dețin *hipertensiunea arterială* și *cardiopatia ischemică.*

Se poate afirma că diagnosticul de hipertensiune arterială exclusiv (sau asociat altei boli) se consemnează pînă la un sfert din bolnavii internați în secțiile de boli interne.

Ne propunem să vorbim despre *hipertensiunea arterială esențială* (HTAE), pe care trebuie s-o deosebim de *hipertensiunea arterială secundară* (în care creșterea tensiunii arteriale este un simptom în cadrul unei boli bine precizate, fie că e vorba de o boală cardiovasculară, renală, endocrină, intoxicație cu plumb, traumatism cerebral etc.).

HTAE reprezintă, după diverse statistici, 80–90% din totalul hipertensiunilor și adesea în antecedentele eredo-colaterale ale bolnavilor descoperim că tata sau mama, sau unii

din bunici, frați etc. au suferit sau suferă de HTA.

CÎND VORBIM DE HTA ?

Este o întrebare la care s-a răspuns divers, dar conform datelor stabilite de O.M.S., HTA înseamnă orice tensiune arterială sistolică (sau maximă) care începe cu 160 mmHg sau orice tensiune diastolică (sau minimă) care începe cu 95 mmHg.

Rezultă deci că putem vorbi de HTA fie cînd tensiunea maximă e mărită, cînd cea minimă e crescută sau cînd ambele încep cu sau depășesc cifrele de 160/95 mmHg.

CE ESTE HTA „DE GRANIȚĂ" ?

S-a convenit (desigur, cu nota de arbitrar, care decurge din aceasta) că valori ale tensiunii arteriale (TA) între 140 și 160 mmHg — pentru presiunea maximă — și/sau 90 și 95 mmHg — pentru tensiunea minimă — circumscriu ceea ce se cheamă *hipertensiune arterială de graniță.*

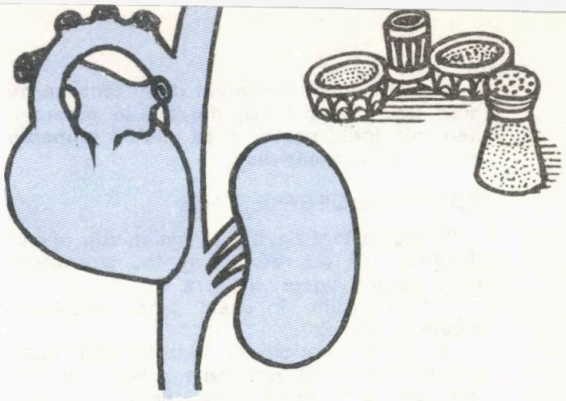
Acest concept semnalat, mai ales la tineri, pare foarte seducător, deoarece aceștia pot fi considerați ca niște posibili „candidați la HTA". De aici ar rezulta, în mod logic, concluzia că o anumită atitudine terapeutică față de această HTA (în 1977 în S.U.A. se aprecia că ar exista 18 milioane de pacienți) ar putea preîntîmpina apariția unei HTA „definite".

Discuțiile în jurul acestei noțiuni continuă și sînt foarte controversate, pentru că anumite studii (evident, pe loturi mai restrînse de subiecți) au stabilit că după 10–20 de ani numai 20% din acest grup devin hipertensivi, în sensul criterilor stabilite de O.M.S.

Întrebarea — logică — ce se pune este dacă e necesar un tratament de lungă durată (nu lipsit de efecte secundare) al unui lot din care numai 20% evoluează spre HTA adevărată.

Există, se pare, o unanimitate asupra recomandării de a se ține sub observație continuă acești pacienți.

Instituirea unor măsuri nefarmacologice (regim alimentar și de viață) pare logică, iar identificarea unui subgrup cu cel mai mare



risc de apariție a HTA va orienta terapia spre folosirea de agenți slabi, în doze care nu produc efecte secundare subiective sau obiective.

CARE ESTE FRECVENȚA HTA ?

Înainte de a da un răspuns la această întrebare, ni se pare interesant să semnalăm faptul că există populații la care nu se constată HTA.

În acest sens s-au semnalat triburi din Noua Guinee, populații nomade din Africa, polinezieni care locuiesc pe atoluri și grupuri de populație din Peru (trăind la mari altitudini) lipsite de HTA. S-au adus ca explicații o serie de factori psihosociali (izolarea, stresuri individuale și de grup minime) și alimentari (lipsa obezității, o dietă sodată particulară etc.).

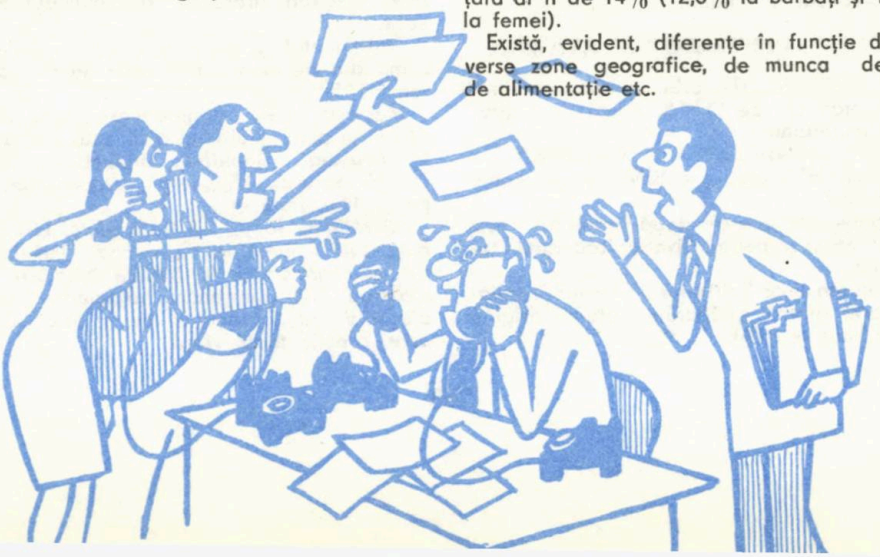
Incidența HTA s-a căutat să se explice prin așa-numita lege de 50%, potrivit căreia 50% din hipertensivi rămîn nediagnosticați, pentru simplul motiv că nu li s-a luat niciodată tensiunea arterială. Din cei 50% hipertensivi diagnosticați 50% fac tratament corect (zi de zi și în mod corespunzător).

Se pare că 26% din populația adultă din S.U.A., 13% din Ghana, 18,8% din bărbații din China și 6,5% din populația din Filipine ar suferi de HTA.

Pe un grup de peste 5 000 de pacienți din nordul Pakistanului HTA s-a semnalat la 4,1% la vîrsta de 20—40 de ani și la 13,6% la vîrsta de peste 40 de ani.

Se apreciază că incidența HTA la noi în țară ar fi de 14% (12,6% la bărbați și 15,4% la femei).

Există, evident, diferențe în funcție de diverse zone geografice, de munca depusă, de alimentație etc.



În ultimii ani se întreprind studii serioase, pe mari loturi de bolnavi, din marile întreprinderi ale țării, pentru a se stabili proporția exactă a hipertensivilor.

CONSUMUL DE SARE ȘI HTA

Printre factorii de mediu incriminați în producerea HTA s-a rezervat un loc proeminent consumului exagerat de sare.

Sînt cunoscute, în acest sens, cercetările făcute în Japonia.

Tensiunea arterială la locuitorii din insula Hokaido este mai ridicată nu numai la bătrîni, dar și la tineri. Populația din această insulă consumă, din copilărie, o cantitate mare de sare. Masa principală este constituită de o supă de orez *(miso soup)*, cu murături și sos de soia, consumîndu-se peste 20 g sare pe zi. S-a urmărit timp de mai bine de 10 ani tensiunea arterială la un grup de control cu dietă hiposodată și s-a constatat că nivelul tensiunii arteriale este mai mic la acest grup decît la cel care consumă *„miso soup"*.

Cercetările făcute la noi în țară pe două colectivități avînd condiții de muncă și de viață identice, dar cu consum diferit de sare, datorită structurii diverse a solului, care făcea ca unele alimente (făina de grîu, mălaiul) să aibă un conținut diferit de sodiu, au găsit o frecvență de 17% a HTA la cei cu conținut sporit de sodiu, față de 11% la cei cu sodiu în cantitate mai mică. O proporție de 16% a HTA s-a remarcat și la minerii dintr-o mină de sare.

ȘOBOLANII SPONTAN HIPERTENSIVI

Cunoștințele noastre despre HTA s-au îmbogățit considerabil prin creșterea de șobolani care fac, în mod spontan, hipertensiune.

Studiile întreprinse pe acești șobolani au permis o mai bună cunoaștere a mecanismelor de producere a HTA, o experimentare a unor medicamente cu certe virtuți hipotensive, dar trebuie, totuși, să facem unele rezerve legate de talia unică a acestor animale de experiență, care nu permite investigațiile mult mai sofisticate posibile la om și lipsa unei extrapolări totale a unor rezultate obținute la acești șobolani, la organismul mult mai complicat al omului.

STADIALIZAREA HIPERTENSIUNII ARTERIALE

Stabilirea unei HTA prin constatarea cifrelor recomandate de O.M.S. ridică două probleme importante :

1. HTA este esențială sau secundară ?
2. Dacă HTA este esențială, în ce stadiu se află ea ?

Răspunsul la aceste două întrebări este absolut necesar pentru fixarea atitudinii terapeutice.

Eliminarea unor boli bine precizate (cardiovasculare, renale, endocrine etc.) asigură diagnosticul de HTAE.

Se știe că repercusiunile HTAE se resimt asupra a ceea ce numim „organ țintă" : inima, creierul, rinichiul.

Stadializarea HTAE se face în funcție de gradul interesării organelor țintă.

În primul stadiu organele țintă nu sînt interesate. Dealtfel 75% din bolnavii hipertensivi nu se plîng de nimic, sînt asimptomatici. Acesta este și motivul pentru care mulți pacienți nu sînt diagnosticați.

Există unități în care, o dată sau chiar de două ori pe an se fac controale periodice și, în felul acesta, sînt diagnosticați hipertensivii.

Primul organ care reacționează la creșterile tensionale este inima. Ventriculul stîng al inimii se îngroașă, se hipertrofiază. Această hipertrofie poate fi stabilită prin examenul electrocardiografic, radiologic sau ecocardiografic (prin ultrasunete). Apariția hipertrofiei ventriculului stîng arată că HTA este în stadiul al II-lea. Interesarea creierului (prin modificări importante ale fundului de ochi) sau a rinichiului (prin creșterea ureei și a creatininei în sînge) înseamnă trecerea HTA în stadiul al III-lea.

Insuficiența renală, prin îmbolnăvirea rinichiului consecutiv HTAE, îmbracă o semnificație foarte gravă. Unii vorbesc în acest caz de o „hipertensiune arterială malignă", care anunță sfîrșitul bolnavului în 1,5–2 ani.

CÎTE CEVA DESPRE TRATAMENT

Se pune în mod imperios problema momentului în care HTAE trebuie tratată (fără medicamente sau cu medicamente).

Părerile sînt foarte împărțite și majoritatea cercetătorilor se conduc, în recomandarea tratamentului, după valorile tensiunii arteriale diastolice : 100 mmHg, 105 mmHg (după unii) sau chiar 110 mmHg (după alții).

Trebuie însă să arătăm că și valorile tensiunii maxime își au importanța lor.

Cercetările întreprinse de noi au arătat că în stadiul I al HTA există trei substadii puse în evidență de unele explorări și că numai modificările din substadiul I sînt reversibile. Rezultă deci că HTAE trebuie tratată cît mai de timpuriu.

Scăderea în greutate (hipertensivii sînt adesea hipoponderali), un regim cu restricție de sare, evitarea stresurilor sînt indicații esențiale.

Tratamentul gradat, în trepte, trebuie recomandat de medic, în funcție de stadializarea HTAE.

Medicamentele antihipertensive s-au înmulțit foarte mult în ultimul timp. Iată cîteva dintre acestea : Clonidină, Guanetidină, Hipazin, Hipopresol, Hiposerpil, Propranolol, Dopegyt, Haemiton etc.

Să reținem faptul că tratamentul HTAE trebuie stabilit numai de către medic, individualizat, și medicamentele trebuie introduse prin tatonare ; de asemenea, tratamentul acestei afecțiuni trebuie făcut zi de zi, fără întrerupere, practic toată viața.

Fiindcă te iubesc

Fiindcă te iubesc,
Patria mea,
Contopindu-mă cu tine,
Caut urma strămoşilor
În tot ce eşti tu...
Cînd cuminte
Mă voi aşterne
Sub vatra pădurilor
Fierbinte
Voi adormi
În casa de ierburi crude...
Scăldîndu-mă
Mai apoi, în freatice ape,
Mă voi scurge în rădăcini
Să-i simt pe cei duşi
Aproape...
Neastîmpărat duhul meu
Te va cutreiera...
Şi îmi vor creşte
Visatele aripe,
Pentru această
Trainică nuntă
Cu cerul tău –
Cu pămîntul.

Elena Leonora Frugină
MEMBRĂ A CENACLULUI
CULTURAL-PATRIOTIC „VASILE CÂRLOVA"

MEDICI TRANSILVĂNENI
PARTICIPANŢI LA MAREA ADUNARE NAŢIONALĂ DIN 1 DECEMBRIE 1918 DE LA ALBA IULIA

Continuînd preocupările noastre privitoare la cunoaşterea medicilor transilvăneni care au mobilizat masele populare la Marea Adunare Naţională (M.A.N.) din 1 Decembrie de la Alba Iulia şi la declararea Unirii Transilvaniei cu ţara *, prezentăm alţi doi medici: dr. Dominic Stanca, cel care a înfiinţat şi condus la Cluj primul *Spital pentru tratamentul bolilor de femei*, şi Ioan Nicolae Voicu, fost conferenţiar universitar la Clinica de ginecologie şi obstetrică din Cluj.

Dominic Stanca (1892—1972)

Viaţa şi activitatea. S-a născut la 4 octombrie 1892, la Petroşani, unde, în anii copilăriei şi ca student în medicină, a cunoscut viaţa minerilor, doleanţele lor şi mişcările muncitoreşti din Valea Jiului. Şcoala primară şi liceul le-a urmat în oraşul natal.

Provine dintr-o familie de cărturari transilvăneni, care au dat culturii noastre pe scriitorul şi actorul Dominic Stanca şi pe Radu Stanca, poet, dramaturg şi eseist.

Medicina a urmat-o la Cluj, în anii premergători primului război mondial. În timpul vacanţelor lucra la spitalele minerilor din Petroşani, Vulcan şi Aninoasa. Se număra printre cei mai bine pregătiţi medicinişti, cîştigînd aprecierea profesorilor săi.

La izbucnirea primului război mondial, tînărul Dominic Stanca îşi făcea serviciul

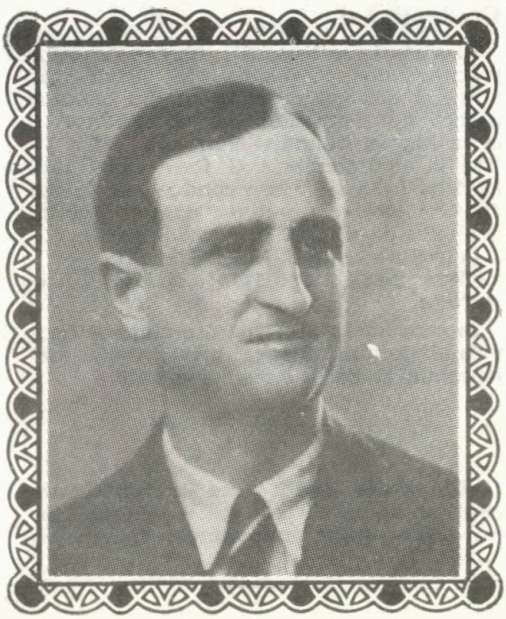


Fig. 1. — Dr. Dominic Stanca

* Vezi „Almanahul Sănătăţii" 1986, p. 119—124, şi cel din 1987, p. 124—129.

militar la Sibiu. Trimis la o unitate din Orăştie, i s-a încredinţat organizarea unui spital militar dotat cu 240 de paturi, sală de operaţie etc. În calitate de doctorand în medicină, a fost trimis pe frontul din Polonia, iar pentru susţinerea ultimului *rigorosum* şi obţinerea doctoratului i s-a acordat un concediu. Cu gradul de medic-sublocotenent a funcţionat, la începutul anului 1916, la unul din spitalele garnizoanei de la Viena.

Doctorul Stanca a întocmit sistematic, cu talent şi meticulozitate, însemnări zilnice privind desfăşurarea epidemiilor, precum şi listele nominale ale ostaşilor şi ofiţerilor căzuţi victime acestor calamităţi, notînd şi cimitirele unde au fost înhumaţi. El a păstrat aceste însemnări şi, după trecerea multor decenii, a putut să indice precis localităţile cu cimitire militare. Un asemenea articol, bazat pe însemnările din timpul primului război, a apărut într-o revistă budapestană de istoria medicinii — „Comunicationes".

Spre sfîrşitul războiului a fost trimis pe frontul din Italia, la Piave-Montelo, unde s-au dat lupte grele, terminate cu înfrîngerea armatelor austro-ungare. Doctorul Stanca se afla tot timpul printre răniţi şi intoxicaţii cu gaze de luptă.

Reîntors la Petroşani şi-a reluat activitatea la Spitalul minerilor. Cunoscut pentru ataşamentul său faţă de mineri şi participînd activ la evenimentele revoluţionare din toamna anului 1918, medicul Dominic Stanca este ales membru în Sfatul Muncitoresc din Petroşani şi în Sfatul Naţional Român, fiind delegat să participe la M.A.N. de la 1 Decembrie 1918, de la Alba Iulia.

Prezentăm copia credenţionalului doctorului Dominic Stanca :

Credenţional

În virtutea căruia „Reuniunea femeilor greco-ortodoxe române din Petroşani" alege şi deleagă pe medicul dr. Dominic Stanca din Petroşani, ca reprezentant al ei la Marea Adunare Naţională ce se va ţine în 18 Noiembrie (1 Decembrie) 1918 în Alba Iulia şi rugăm conducerea acestei adunări să-i dea putinţa de a-şi împlini misiunea de delegat în toate direcţiile.

Petroşani, în 15/28 Noiembrie 1918.

s.s Preşedinte, *Ioana Stanca*, ss. *Ion Duma*, secretar.

În continuare prezentăm amintirile doctorului Dominic Stanca, privitoare la memorabila zi de 1 Decembrie 1918.

*
* *

«Din Valea Jiului vine la sărbătoare mulţime mare. Cu noi vin şi delegaţii social-democraţilor, muncitori şi mineri, cu un drapel roşu în frunte. Sfatul Muncitoresc este gata să voteze Unirea. În fruntea delegaţiei e Ciser. Sîntem cu toţii într-un vagon de clasa a III-a. Pretutindeni vezi oameni veseli, plini de nădejde, chiote de veselie se aud. În ferestrele vagoanelor fîlfîie drapele tricolore româneşti în bătaia vîntului de iarnă timpurie. Roţile trenului bat ritmuri nesfîrşite, ducînd mulţimile însufleţite la locul libertăţii. În vagonul vecin un clarinet şi o goarnă intonează un marş naţional. În gări alte mulţimi urcă chiuind în trenul supraîncărcat şi împodobit cu brad verde şi drapele naţionale.

Intrăm în Simeria. În gară o mulţime uriaşă aşteaptă sosirea trenului de Arad. Cîntece, pălării, braţe se ridică în aer. Pe peron, flăcăii au încins hore şi învîrtite. Se zguduie pămîntul sub bătaia ritmică a picioarelor.

Urcăm apoi în garnitura de la Arad. Cu trenul acesta vine şi delegaţia socialiştilor români de la Budapesta, sub conducerea lui I. Jumanca. În uşa compartimentului lor este înfipt un steguleţ roşu, brodat cu fire de aur. Vin şi ei la Alba Iulia.

Seara ajungem la ţinta mult visată. Aici e deja stăpînire românească. Consiliul Român a preluat puterea, cazărmile, Cetatea. Garda puternică, formată din moţi, ţine rînduiala. Trenurile care sosesc din toate colţurile Ardealului şi Banatului varsă mulţime mare de oameni pregătiţi de sărbătoare.

Oraşul este ocupat de mulţime. Zăpada proaspăt căzută astă-seară este călcată în picioare. Nici un loc nu se mai află în tot oraşul. Peste tot se văd ţărani în straie albe şi curate, împodobiţi cu ramură de brad, cu panglici şi cu steaguri tricolore.

Noaptea nimeni nu doarme. Cafenelele sînt arhipline. Noi sîntem la Cafeneaua „Europa", îngrămădiţi unii în alţii. Tîrziu soseşte o delegaţie a românilor transilvăneni din Moldova, în frunte cu N. Dobrescu şi Eugen Goga, care sînt îmbrăcaţi în haine militare româneşti. Delegaţii sînt ridicaţi pe umeri în acordurile marşurilor naţionale».

1 Decembrie 1918

«Oraşul e numai om şi drapele. Mai mult de o sută de mii de oameni au grăbit să se adune la sunetul goarnei de chemare, pentru marele praznic al libertăţii. Drumul care duce în Cetate e păzit de moţii lui Avram Iancu, îmbrăcaţi în straie albe. Deasupra porţii de intrare a Cetăţii un uriaş drapel tricolor îşi fîlfîie falduriile în vînt atingînd, în jocul lui, mica deschizătură a celulei lui Horea. Sus, în Cetate, în marea sală a Casinoului ofiţeresc, se adună delegaţii oficiali, care umplu sala pînă la ultimul loc. Pe podiumul din faţă iau loc membrii Consiliului Naţional, în

frunte cu bătrînul Gheorghe Pop de Băseşti. Într-o liniște impresionantă sînt citite punctele Adunării prin care se proclamă unirea tuturor teritoriilor locuite de români din fosta monarhie, cu patria-mamă. În numele social-democraţilor vorbeşte Iosif Jumanca, declarînd solemn că social-democraţii votează unirea poporului român.

Cînd Cicio-Pop, vicepreşedintele Adunării, declară solemn că poporul român din Ardeal se alipeşte la România, toată suflarea este cuprinsă de emoţie vibrantă, ochii se umezesc de lacrimi şi fiecare luare de cuvînt este frenetic aplaudată. Uralele nu mai încetează. Oameni necunoscuţi se îmbrăţişează şi se sărută. Toţi cred în unirea frăţească, care să ne ducă la fericirea atît de mult aşteptată. În clipele supremei fericiri s-a uitat toată suferinţa, încrezători într-o viaţă nouă. Noi am putut trage învăţăminte din greşelile stăpînilor de ieri, trebuie, deci, să ne organizăm în aşa fel viaţa de stat, încît toţi, de orice naţie ar fi, să fie mulţumiţi şi liberi.

Oraşul este un furnicar de oameni. Cîntece, fanfare, chiote străbat de pretutindeni. Sfatul Naţional s-a sfîrşit. Mulţimea pleacă înspre case, cu vraja celor nouă puncte ale Adunării. Plecăm şi noi spre munţii noştri înalţi, unde în măruntaiele pămîntului sclavii frînţi şi supţi de robotă despică şi fărîmiţează diamantul negru, Abia încăpeau în garnitura ticsită de lume. Vuiesc vagoanele de cîntece şi de acorduri de muzică. Pe şoseaua naţională, coloane de oameni mărşăluiesc, cîntînd, spre noi. Acum şi aici fiecare crede în libertate, în unitate şi pace. Toţi cred că n-o să mai fie lacrimi în ochii plînşi ai sclavilor de ieri şi că razele soarelui primăverii vor afla numai oameni fericiţi şi mulţumiţi, care vor cînta, împreună cu ciocîrlia, cîntecul de veselie al pămîntului reînnoit. Toţi cred în pacea care s-a născut în sufletele împăcate, cum naşte izvorul cristalin din stînca de granit.

Egalitate, pace, dragoste, dreptate ! Ce idei generoase şi frumoase ! Credem că din sufletul călit în suferinţe va creşte floarea dragostei, iar din inima sclavului de ieri se va naşte împăcarea şi iertarea. Trecutul s-a sfîrşit. Acum o viaţă nouă trebuie să înceapă.

Trăim doar pe un pămînt, un pămînt brăzdează plugurile noastre. Atunci dar, trebuie să ne înţelegem ! Nu am fost duşmanii nimănui ! Nu! Numai nu ne-am înţeles graiul sufletului.

Trenul uruie, roţile îşi bat ritmic jocul nesfîrşit. Oamenii cîntă mereu, se îmbrăţişează, plîng de bucurie.

Am ajuns la Simeria. De pe frontispiciul gării a fost dată jos tabla cu inscripţia ungurească. Acum, o nouă tablă românească — „Simeria". Ea arată schimbarea vremurilor.

Coborîm. Mulţime de oameni furnică pretutindeni. Garnitura de Budapesta staţionează pe linia a III-a. Acum vine încet spre ea, pufăind, locomotiva. Sufletul mi-e fericit. Parîngul, Retezatul strălucesc în raze de argint. Sînt munţii poporului meu. Locomotiva pleacă gîfîind şi aruncînd sufluri de fum negru. Din ferestrele larg deschise şi din uşile vagoanelor, ciorchini de oameni fîlfîie năframe albe şi steaguri tricolore.

„Trăiască România Mare !"... „Trăiască Libertatea !" — strigă, vrăjiţi de glasurile lor, călătorii. Sufletele se veselesc, oamenii se îmbrăţişează şi se sărută, numai controlorul stă încruntat şi negru în uşa vagonului. Priveşte tăcut şi trist această manifestare a forţei umane. Mă impresionează acest tablou. Privesc îndelung cum se pierde în zare controlorul ungur. Cu el ni se duce şi o bucată din trecut : tinereţea noastră trăită în băncile şcoalelor străine şi între ei».

*

* *

Activitatea postbelică a doctorului Dominic Stanca poate fi împărţită în : organizatorică, igienico-sanitară şi ştiinţifică.

Activitatea organizatorică. Imediat după Unire, în 1919, Dominic Stanca a lucrat, împreună cu mai mulţi confraţi, la organizarea Serviciului sanitar al oraşului Cluj. În noile condiţii s-a simţit nevoia arzătoare a unui spital de stat pentru femei. Organizarea acestuia, din partea Consiliului Dirigent, Resortul Ocrotirilor Sociale, i-a revenit doctorului Stanca. Misiunea a fost dusă la bun sfîrşit şi Spitalul de femei s-a inaugurat în 9 aprilie 1919, aceasta fiind prima unitate spitalicească cu profil ginecologic-obstetrical, înfiinţată de noua administraţie sanitară românească, avînd secţii de medicală şi chirurgie, bine înzestrate, unde se lucra la un nivel tehnic similar cu cel al clinicilor de profil din Cluj. Din corpul medical al spitalului făcea parte, mai tîrziu, şi fratele lui Dominic, doctorul Constantin Stanca. Spitalul, în fruntea căruia stăteau fraţii Stanca, a devenit un important centru de asistenţă a femeilor bolnave ori ajunse la termen, unde s-au format numeroşi ginecologi şi obstetricieni.

Activitatea igieno-sanitară. În anii 1920—1921, cînd s-a pus în aplicare planul unei vaste campanii sanitare antisifilitice, doctorul Stanca se afla în prima linie a acestei acţiuni. E perioada din care datează colaborarea cu prof. Constantin Levaditi. Campania antisifilitică s-a continuat şi după plecarea definitivă din ţară a profesorului Levaditi, care a vrut să-l ia cu sine şi să-i asigure doctorului Stan-

ca o bursă de mai mulţi ani la Institutul „Pasteur" din Paris, pentru a se perfecţiona. Fiind antrenat în atîtea activităţi medicale pe tărîm social, Stanca a refuzat ; era convins că locul său este la Cluj şi, în împrejurările date, nu poate părăsi ţara. Doctorul Stanca s-a evidenţiat înainte de toate pe tărîmul abordării problemelor medico-sociale : organiza anchete sanitare, la sate, în şcoli, fabrici şi în armată. A organizat tratamente gratuite la populaţia din Munţii Apuseni. Dădea îndrumări pe teren, ţinea conferinţe, redacta măsuri pentru prevenirea şi combaterea bolilor venerice şi tuberculozei, publica articole, lucrări şi broşuri cu rezultatele obţinute sau dedicate educaţiei sanitare.

Activitatea ştiinţifică. În periodicele medicale ale timpului se găsesc mai multe lucrări semnate de doctorul Stanca, dintre care menţionăm : *Campania antisifilitică în regiunea Cluj între anii 1921—1924* (Bucureşti, 1924) ; *Cunoştinţe pentru toţi despre sifilis* (Cluj, 1925). Îl preocupau problemele medico-sociale, executa cercetări, examinări, sondaje şi anchete în diferite regiuni ale Transilvaniei (Munţii Apuseni, judeţul Maramureş, judeţul Alba).

De numele doctorului Stanca se leagă descoperirea, în 1927, a apelor minerale de la Someşeni. Dîndu-şi seama de calităţile terapeutice ale apelor sărate-sulfuroase şi ale nămolului de la Someşeni, doctorul Stanca a militat decenii de-a rîndul pentru punerea în valoare a staţiunii balneare de la Someşeni, care îşi datorează existenţa străduinţelor sale.

Cu sprijinul — nu întotdeauna generos — al Ministerului Sănătăţii şi deseori pe spesele proprii, ajutat de colegi, doctorul Stanca a reuşit să amenajeze Băile Someşeni, să analizeze apele minerale şi să publice cercetările sale de balneologie, precum şi articole în care populariza staţiunea balneară de lîngă Cluj. Visul său a fost întemeierea unei staţiuni balneare moderne, care să atragă bolnavii nu numai din ţară, ci şi din străinătate. Imediat după descoperire întreprinde, împreună cu alţi specialişti — prof. Gh. Pamfil, Al. Borza, Eugen Nyáradi ş.a. — studii de biochimie, geologie şi botanică asupra izvoarelor minerale din Someşeni, pentru a fundamenta acţiunea terapeutică a apelor şi nămolurilor sale.

Doctorul Stanca a fost printre primii medici de întreprindere din Cluj, după 1918. Între anii 1923—1938 a funcţionat la Fabrica de tutun. Aici a avut posibilitatea să studieze condiţiile de muncă şi de viaţă ale muncitorilor, bolile cele mai frecvente corelate la mediu, factorii economico-sociali complecşi, vîrstă, sex etc. Aceste investigaţii stau la baza lucrării intitulată *Organizarea igienico-socială a muncii.* O reuşită anchetă sanitară a efectuat în Fabrica de tutun (Cluj, 1927), fiind printre primele acţiuni de acest gen din oraşul Cluj, după primul război mondial. Ca metodolog, s-a bucurat de un prestigiu recunoscut, ceea ce explică faptul că în acei ani i s-a încredinţat îndrumarea, executarea şi controlul mai multor anchete medico-sociale. Rezultatele anchetelor au apărut în revista „Societatea de mîine", condusă de Dimitrie Gusti, Vasile Goldiş şi Bogdan Duică.

Nicolae Iorga a semnalat în „Neamul românesc" (1925) valoroasele anchete sanitare, efectuate de doctorul Stanca, la Orăştie.

Dictatul fascist de la Viena l-a silit să se refugieze la Orăştie. Neobositul organizator al asistenţei spitaliceşti a desfăşurat şi aici o activitate susţinută : a înfiinţat Spitalul de femei, servit de personalul medical şi ajutător refugiat de la Spitalul de femei din Cluj. Izbucnirea în 1942—1943, în satele din jurul Orăştiei, a unei epidemii de meningită cerebrospinală îl găseşte pe doctorul Stanca în plină acţiune antiepidemică, coordonînd cu succes combaterea epidemiei.

A venit şi eliberarea ţării noastre în 23 August 1944 şi, ca urmare, reîntoarcerea în Transilvania de Nord a instituţiilor şi refugiaţilor. Vara anului 1945 îl găseşte pe doctorul Stanca la Cluj, unde îşi reia funcţia de la Spitalul de femei, care necesita reparaţii, reorganizare şi modernizare. I s-a ataşat şi o secţie de oncologie în care, din anul 1951, a lucrat şi dr. Nella Stanca, soţia şi colaboratoarea doctorului Stanca. După cum se ştie, în acelaşi an Spitalul de femei a fost transformat într-o bază de învăţămînt, sub denumirea de Clinica ginecologică şi obstetrică II din Cluj. Doctorul Stanca şi-a continuat activitatea la această clinică în calitate de medic primar ginecolog-oncolog. A fost ultima funcţie pe care a îndeplinit-o.

La 31 decembrie 1958 s-a pensionat, dar a continuat să lucreze, ca specialist, în diferite comisii şi instituţii sanitare.

In ziua de 2 aprilie 1979, doctorul Dominic Stanca s-a stins din viaţă, plîns de numeroase mame, cărora, prin munca şi priceperea sa, le-a redat sănătatea, le-a uşurat durerea şi necazurile, iar pe unele le-a ajutat, prin tratamentele aplicate, să devină gravide şi să nască feţi viabili.

Odihneşte în Cimitirul Central al oraşului Cluj-Napoca, alături de corifeii primei şcoli româneşti clujene, în rîndul cărora a meritat să fie aşezat.

Ioan Nicolae Voicu (1892—1965)

Viaţa şi activitatea. Ioan N. Voicu s-a născut la 4 aprilie 1892, la Blaj, ca fiu al lui Nichie Voicu, mic funcţionar la Primă-

Fig. 2. — Conf. dr. Nicolae Voicu.

ria din Blaj, şi al Sofiei, casnică. Şcoala primară şi liceul le-a urmat la Blaj, iar studiile universitare, la Facultatea de Medicină din Budapesta (1912—1914), Viena (1917—1918) şi la Cluj (1919—1920), fiind declarat doctor în medicină şi chirurgie în 23 octombrie 1920.

Între anii 1914 şi 1917 a fost mobilizat pe front, cu gradul de sublocotenent-medic de rezervă. După demobilizare s-a înscris la cursuri, de data aceasta la Facultatea de Medicină din Viena.

În toamna anului 1918 a luat parte la mişcările studenţilor români de la Viena, iar cînd Consiliul Naţional Român Central (C.N.R.C.) a lansat chemarea : „Toată suflarea românească la Alba Iulia", medicinistul Ioan N. Voicu şi-a împachetat lucrurile, a fugit la gară să prindă un tren spre Transilvania, ca să ajungă la timp în Alba Iulia. S-a urcat cu greu într-un tren militar. A fost o călătorie cu multe riscuri. În gara Budapesta, printre strigăte se putea auzi : „Republică ! Republică !" În fine, a ajuns în gara Oradea-Mare, unde atmosfera era cu totul alta. Steagurile tricolore — roşu, galben şi albastru — fîlfîiau în adierea vîntului. Grupuri de ţărani şi „nădrăgari" asaltau trenurile în fiecare gară unde staţionau. Peste tot se cîntau cîntece patriotice, pînă nu de mult interzise...

Ajuns la Alba Iulia s-a contopit cu „marea" de oameni. Şi-a căutat blăjenii, din care o parte sosiseră cu puţin timp mai înainte... Au urmat îmbrăţişări, cîntece, veselie, planuri entuziaste... două zile de neuitat.

În preziua Unirii, studenţii din întregul imperiu, prezenţi la Alba Iulia, au avut o consfătuire în care şi-au ales reprezentanţii cu drept de vot şi şi-au precizat poziţia : *Unirea fără condiţii.*

Ni s-a păstrat credenţionalul pe care-l prezentăm *in extenso :*

Credenţional

Studenţimea universitară din Viena, ca atare şi studenţimea organizată în Societatea „România Jună", constituită „ad-hoc" cu sesiunea Adunării generale a tuturor universitarilor români din Ungaria şi Austria, ţinută la 30 noiembrie 1918, la Alba Iulia, designează ca delegaţi, spre reprezentarea intereselor studenţimii sus-numite, pe următorii :

Pentru studenţimea universitară pe dl. Ludovic Totu şi Ştefan Gherman ; pentru „România Jună" pe dl. Nicolae I. Voicu şi Virgil Solomon.

Dat la Alba Iulia, la 30 nov. 1918.

ss. *Ludovic* Totu, secretar *ad hoc* ss. *Virgil Solomon,* preşedinte ad-hoc.

După proclamarea României Mari, entuziasmat de trăirile istorice de la Alba Iulia, s-a urcat, împreună cu blăjenii săi, în trenul care l-a dus la casa părintească, la Blaj. A stat cîteva ore cu cei dragi, apoi cu primul tren a ajuns la Budapesta, iar după o scurtă aşteptare a urcat în expresul de Viena. Cu examenele lichidate, s-a transferat la noua Facultate de Medicină românească de la Cluj... Adio Viena!... Ne întoarcem „acasă !" La sfîrşitul lunii decembrie era în mijlocul familiei, la Blaj. Sărbătorile din iarna 1918/1919 au trecut ca un vis, anul în care se plămădeau mari proiecte pentru viitorul patriei întregite şi al fiecăruia. Au început pregătirile pentru examene, practica în clinicele din Cluj.

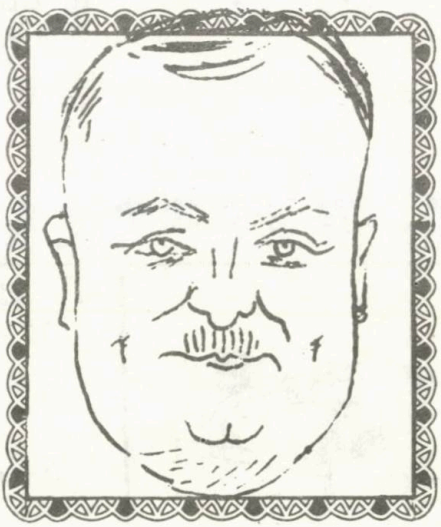


Fig. 3. — Dr. Nicolae Voicu văzut de caricaturiştii vremii.

În 12 mai 1919 a fost delegat, împreună cu Ioan Roman, medic rigoroz, cu preluarea și inventarierea materialelor Institutului de Anatomie Patologică și al celui de Patologie Generală de la vechea universitate, predîndu-le noii administrații românești. În iunie-septembrie 1919, a fost primul secretar român al noii Facultăți de Medicină românească, iar în ianuarie-februarie 1920, comisar pentru serbările de inaugurare a Universității din Cluj, petrecute, în prezența mai multor universitari străini și a conducătorilor de atunci ai țării, într-o atmosferă de entuziasm creator.

Ioan N. Voicu a avut o intensă activitate didactică, științifică și spitalicească, în cadrul Disciplinei de obstetrică și ginecologie.

Pentru îndelungata și rodnica sa activitate a fost promovat conferențiar universitar la Clinica ginecologică I din Cluj și a primit o serie de ordine și decorații.

A încetat din viață în 11 iunie 1965. Odihnește în grădina liniștii eterne din orașul Blaj, lîngă moșii și strămoșii săi. A rămas în amintirea urmașilor și a celor care l-au cunoscut, ca bun specialist, un om calm și odihnitor.

Dr. FLOREA MARIN
Cluj-Napoca

ȚARA MEA
cu patru anotimpuri

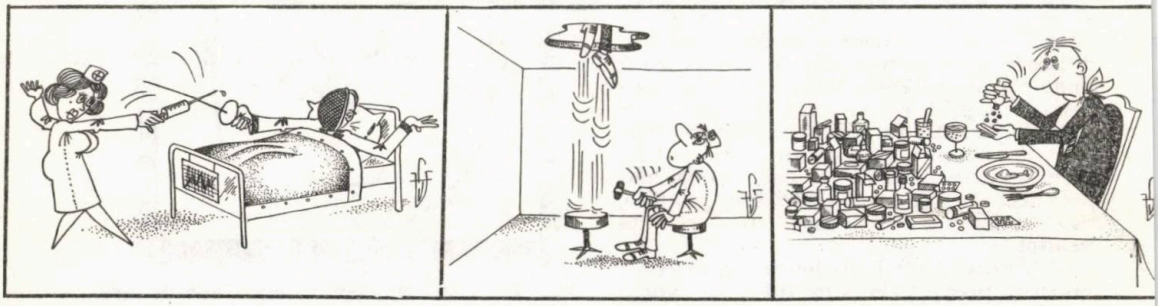
Tu, țara mea frumoasă, cu patru anotimpuri,
Cu fulgi de nea în iarnă, schimbînd feeric zarea,
Cu primăvara-n floare, cu vară-n pîrg de visuri
Și toamnă ruginie ce-acoperă cărarea.

Tu, țara mea de doine, cu patru anotimpuri,
Cu străluciri de viață, cu maci în sărbătoare
Și cu livezi bogate, cu bucurii și cînturi,
Cu brazi țîșnind din munte și murmur de izvoare.

Tu, țara mea de basme, cu patru anotimpuri,
Cu munți semeți spre ceruri, cu văi și cu cîmpii,
Cu verzi păduri de cetini și cu mănoase șesuri,
Cu pajiști aurite și zîmbet de copii.

Tu, țara mea de glorii, cu patru anotimpuri,
Cu urmele romane, ce-au răsărit din glie,
Îți sărutăm pămîntul, cu sfintele lui gînduri
Și te iubim de-a pururi, o, scumpă Românie !

PIA HAȚEGANU
MEMBRĂ A CENACLULUI „LUCIAN BLAGA"



Desene de : VIOREL SANDU

Fără cuvinte

ÎMBĂTRÎNIREA SCHELETULUI POATE FI PREVENITĂ?

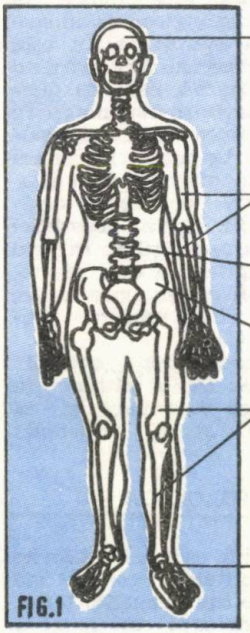


FIG.1

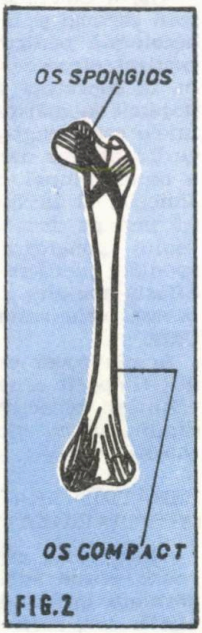


FIG.2

Scurgerea timpului își lasă ineluctabil amprenta asupra organismului uman. Scheletul nostru îmbătrînește și el, paralel cu celelalte țesuturi. Este un proces fiziologic caracteristic tuturor ființelor vii. Uneori însă această îmbătrînire este mai rapidă, mai precoce, antrenează o serie de tulburări nedorite, devine patologică. Scheletul se decalcifică, apare *osteoporoza* sau *osteoporomalacia*, ceea ce expune la apariția a numeroase fracturi, adesea invalidante. Dacă îmbătrînirea — procesul fiziologic — este normală, aspectul patologic al ei, *osteoporoza*, poate și trebuie prevenită.

DEZVOLTAREA SCHELETULUI

Scheletul uman este compus din aproximativ 206 piese osoase, care reprezintă pentru un adult tînăr 15% din greutatea totală a corpului. Din punct de vedere al formei lor, aceste piese osoase se împart în *oase lungi*, așa cum sînt oasele brațului, antebrațului, coapsei, gambei, degetelor etc. (fig. 1.1), *oase scurte*, ca vertebrele ce alcătuiesc coloana vertebrală, oasele încheieturii mîinii, oasele piciorului etc. (fig. 1. 2), și *oase plate*, cele ale bazinului, ale cutiei craniene etc. (fig. 1.3). Din punct de vedere al structurii lor, oasele sînt alcătuite din *țesut osos spongios* (vertebrele, oasele scurte, extremitățile oaselor lungi), format din trabecule (lamele) ce se întretaie, realizînd o adevărată plasă cu ochiuri largi, pline de măduvă osoasă, care dă naștere celulelor sîngelui, și din *țesut osos compact* (corticala ce acoperă oasele scurte și plate sau care constituie corpul — diafiza — oaselor lungi), cu o mare densitate (cantitatea mare de substanță osoasă pe unitatea de volum) (fig. 2).

Osul normal este compus din substanțe organice (25%), în compoziția cărora intră în proporție de 95% colagenul, care reprezintă matricea (suportul) pe care se depune substanța minerală (50% din țesutul osos), sub forma cristalelor de fosfat de calciu. Restul țesutului osos cuprinde apă (25%) și o serie de alte substanțe minerale (carbonat, citrat, magneziu, sodiu, fluor etc.) Scheletul uman înmagazinează 99% din calciul, 90% din fosforul, 80% din carbonatul, 70% din citratul, 50% din magneziul, 30% din sodiul și 8% din apa ce se află în organism.

Formarea și dezvoltarea scheletului începe înainte de naștere, în viața intrauterină a viitorului copil, perioadă în care se formează (determinat genetic) piesele cartilaginoase, precursoare ale viitoarelor oase. Sub influența factorilor endocrini (secreția glandelor interne) și a factorilor locali biomecanici (solicitările mecanice), pe întreaga perioadă a copilăriei au loc procese de osificare, de creștere, de modelare a pieselor scheletice. La vîrsta de 20 de ani scheletul ajunge la maturitate, oasele au cîștigat forma și structura pe care o cunoaștem. Masa osoasă a organismului (capitalul osos) atinge valoarea sa maximă.

METABOLISMUL OSOS

Aparent, osul adult rămîne neschimbat toată viața. Dar această aparență este departe de realitate. Osul suferă un continuu și permanent proces de remodelare, de distrugere (de resorbție) a substanței osoase și de formare a ei. Sub influența a numeroși factori generali (endocrini, metabolici) și locali (solicitări mecanice), ce-

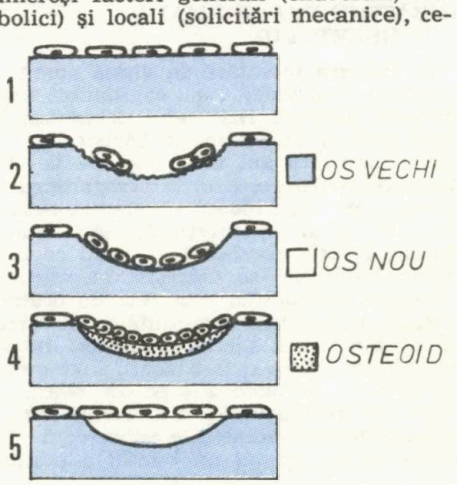


Fig. 3 — Remodelarea osului normal: 1. — fază de repaus ; 2. — fază de resorbție ; 3. — fază de inversiune ; 4. — fază de formare ; 5. — fază de repaus.

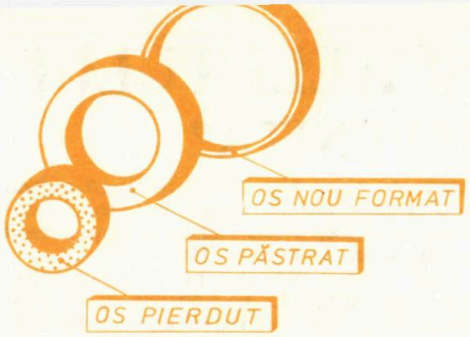


Fig. 4 — Situaţia remodelării osoase la femeie, la 80 de ani.

lulele osoase distrug şi formează osul. Cele 2 procese sînt strîns legate între ele (fig. 3). O serie de celule (numite *osteoclaste)* activate de hormonul secretat de glandele paratiroide distrug osul, săpînd adevărate cavităţi (de 500—1 000 microni lărgime şi de 60 microni profunzime) în trabeculele osului spongios (1 micron = 1/1 000 mm) (faza 2, fig. 3). În aceste cavităţi săpate de osteoclaste apar celulele formatoare de os (numite *osteoblaste),* care secretă o substanţă proteică *(osteoidul)* pe care se depune apoi, sub influenţe enzimatice şi hormonale, substanţa minerală (faza 4, fig. 3).

Procesul de remodelare osoasă începe încă din perioada intrauterină, odată cu apariţia osificării machetelor cartilaginoase ale scheletului, şi este foarte rapid în cursul copilăriei. În primii 2 ani de viaţă în fiecare an este remodelată 50% din corticala osoasă. La maturitate, viteza de remodelare scade. Anual este remodelată aproximativ 5% din corticala osoasă. La adultul tînăr, pînă la vîrsta de aproximativ 30 de ani la femei şi de 40 de ani la bărbaţi există un echilibru perfect între distrugerea şi formarea osoasă. Capitalul osos al organismului rămîne neschimbat, iar cantitatea de os resorbită de osteoclaste este refăcută în întregime de către osteoblaste.

ÎMBĂTRÎNIREA NORMALĂ A SCHELETULUI

Pe măsura înaintării în vîrstă apare o pierdere progresivă a capitalului osos. Această pierdere fiziologică debutează în jurul vîrstei de 40 ani la bărbaţi şi cu aproximativ 10 ani mai devreme la femei. Ea se datoreşte unui dezechilibru al balanţei resorbţie osoasă — refacere osoasă. După 40 de ani, proporţia formării osoase rămîne relativ constantă, în timp ce proporţia resorbţiei se măreşte. La bărbaţi, pierderea capitalului osos este de ordinul 0,5% pe an şi relativ constantă în tot cursul vieţii. La femei, pierderea osoasă iniţial de 0,5% pe an, ca şi la bărbaţi, devine mai importantă, atingînd 2% pe an, odată cu instalarea menopauzei şi a tulburărilor hormonale pe care aceasta le antrenează. La vîrsta de 80 de ani un bărbat a pierdut cca 25% din capitalul său calcic. La aceeaşi etate o femeie are cu 50% mai puţină masă osoasă decît avea la 30 ani (fig. 4).

Viteza pierderii osoase este diferită în osul cortical şi în cel spongios, fiind mai accelerată pentru cel din urmă. În osul cortical pierderea osoasă se face pornind de la suprafaţa sa internă, ceea ce duce implicit la mărirea cavităţii medulare. În unele oase lungi grosimea corticalei scade cu 0,5 mm pe decadă. Cavitatea medulară a oaselor lungi creşte nu numai în grosime, ci şi în lungime (cu aproximativ 0,5 mm pe decadă), din cauza resorbţiei osului spongios al extremităţilor. În osul spongios pierderea capitalului osos se manifestă mai ales prin dispariţia unor travee osoase, cele restante fiind moderat subţiate.

Acest proces este considerat „normal" atît timp cît cantitatea osului rămîne în echilibru cu activitatea musculară (şi ea diminuată cu vîrsta) şi cu rezistenţa osoasă.

ÎMBĂTRÎNIREA PATOLOGICĂ — OSTEOPOROZA

Atunci cînd capitalul osos, din diferite cauze, scade sub cantitatea considerată normală, în funcţie de tipul constituţional, vîrstă, sex, rasă, rezistenţa mecanică a scheletului este grav periclitată : apare *osteoporoza.* Termenul de osteoporoză traduce tocmai această scădere a masei osului mineralizat pe unitatea de volum. Distribuţia spaţială, structura microscopică şi proprietăţile fizice ale osului sînt determinanţi majori pentru rezistenţa sa mecanică, dar diminuarea importantă a capitalului osos reprezintă cauza principală care explică incidenţa crescută a fracturilor, odată cu înaintarea în vîrstă. Riscul de fractură este de 1,8% pentru persoanele de 50 de ani. El creşte la 4% la 60 de ani, la 18% la 70 de ani şi la 24% la 90 de ani. Deficitul osos este iniţial mai accentuat la nivelul osului spongios, ceea ce explică incidenţa mare a fracturilor vertebrale (tasări) şi a fracturilor de pumn la femei după menopauză (50—60 de ani), şi apariţia mai tardiv (60—70 de ani), la ambele sexe, a fracturilor de col femural.

Osteoporoza este astăzi, datorită creşterii vîrstei medii de viaţă, cea mai răspîndită afecţiune a scheletului şi, după artroză, este a doua cauză importantă de îmbolnăvire a persoanelor în etate. Numai în Statele Unite osteoporoza atinge 15—20 de milioane de persoane (la o populaţie de cca 220 de milioane locuitori), cu aproximativ 1,3 milioane fracturi pe an, datorită acestei afecţiuni. Studiile statistice au arătat că 25% din femeile peste 60 ani au fracturi vertebrale pe osteoporoză şi că această proporţie creşte, după 75 de ani, la 50%.

Există o serie de „factori de risc" a căror prezență explică apariția osteoporozei la anumite persoane :

— *sexul :* femeile sînt mai predispuse la apariția osteoporozei, datorită capitalului osos maxim mai mic decît al bărbaților (cu 30%) și a pierderilor mai importante după menopauză (2% anual, față de 0,5% la bărbați) ;

— *vîrsta înaintată* este și ea un factor de risc prin existența pierderilor mai accentuate. În plus, o serie de tulburări digestive pot explica un aport calcic și vitaminic redus (prin diminuarea absorbției de la nivelul porțiunii superioare a tractului gastrointestinal). Scăderea activității fizice, legată și ea de vîrstă, este de asemenea o cauză de accentuare a pierderii capitalului osos ;

— *factorul nutrițional* este important prin deficiența aportului zilnic necesar de calciu și vitamina D_3. Cercetările au stabilit că odată cu înaintarea în vîrstă nevoile zilnice de calciu cresc (la 1 500 mg zilnic față de 800 mg zilnic la adultul tînăr). De asemenea, aportul de vitamina D trebuie să fie mai mare la vîrstnici (800 U.I. vit. D_3 zilnic, față de 400 U.I. la adultul tînăr). Regimul hiperprotidic (în general caracteristic țărilor industrializate) determină o eliminare renală crescută a calciului și prin aceasta o accentuare a pierderii capitalului osos. Alcoolismul și tabagismul cresc riscul de osteoporoză de 2—3 ori ;

— *activitatea zilnică* este deosebit de importantă pentru sănătatea scheletului. Solicitarea mecanică este factorul exogen cel mai important care influențează dezvoltarea și remodelarea osoasă. O persoană sedentară este cu mult mai expusă apariției osteoporozei decît o persoană activă care face zilnic, sub o formă sau alta, exerciții fizice. Zborurile cosmice de lungă durată, prin absența solicitării gravitaționale, expun la osteoporoză.

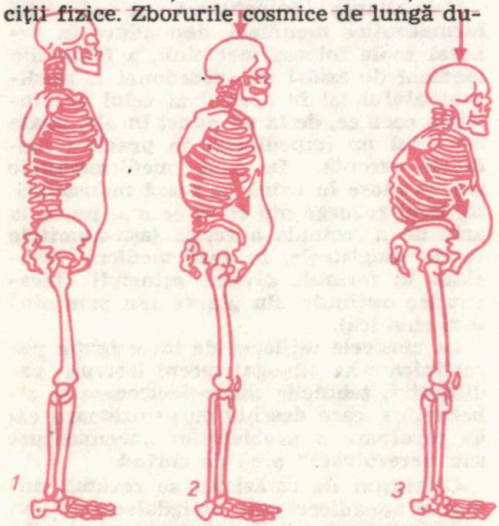


Fig. 5 — Deformări ale spatelui la diferite vîrste :
1. — la 55 de ani; 2. — la 61 de ani; 3. — la 75 de ani.

Fig. 6 — Fracturi ce pot apărea la traumatisme minime :
1. — fractura femurului ; 2. — fractura humerusului ; 3. — fractura pumnului.

MANIFESTĂRILE CLINICE ALE OSTEOPOROZEI

Ca și în hipertensiunea arterială, și în osteoporoză există o perioadă „tăcută", fără nici un răsunet exterior, înainte ca afecțiunea să devină evidentă. Kaplan, profesor de la Universitatea din Pennsylvania, care s-a ocupat mult cu studiul osteoporozei, spunea că : „Dacă hipertensiunea este un ucigaș tăcut, osteoporoza este un hoț tăcut". Ea „devalizează" capitalul osos al scheletului și, numai cînd lipsa devine importantă, apar manifestările clinice. Ele se traduc prin dureri la nivelul coloanei dorsale sau lombare, cu limitarea mobilității coloanei. Aceste simptome se datoresc tasărilor vertebrale. Ele duc la scăderea în înălțime, la deformarea spatelui, cu constituirea unei cifoze (curbură cu convexitate posterioară) și cu proeminența abdomenului (fig. 5). În plus, pot apărea, la traumatisme minime, fracturi ale pumnului sau ale extremității superioare, ale femurului sau humerusului (fig. 6).

Examenul medical, efectuarea radiografiilor și aprecierea gradului de demineralizare a scheletului, măsurarea masei osoase cu ajutorul tomografiei computerizate, a explorării radioizotopice sau a biopsiei osoase, stabilesc diagnosticul de osteoporoză, gradul ei și eventual cauza care a determinat-o.

Tratamentul osteoporozei este lung și costisitor. Este cu mult mai important de a preveni apariția manifestărilor ei, de a împiedica pierderea patologică a capitalului osos al organismului.

PREVENIREA PIERDERII PATOLOGICE A CAPITALULUI OSOS

Prevenirea osteoporozei constă, în primul rînd, în îndepărtarea factorilor de risc. Exercițiile fizice zilnice, adaptate vîrstei și posibilităților fiecărui individ, contribuie din plin la păstrarea capitalului osos. Desigur că nu se poate determina exact „cantitatea" exercițiilor fizice, dar un program de gimnastică zilnică (fig. 7), la care se adaugă o jumătate de oră de mers (care are în plus avantajul expunerii pielii la soare — stimul pentru formarea vitamiei D), este indicat.

O dietă rațională echilibrată, cu un aport suficient de calciu (250 ml lapte

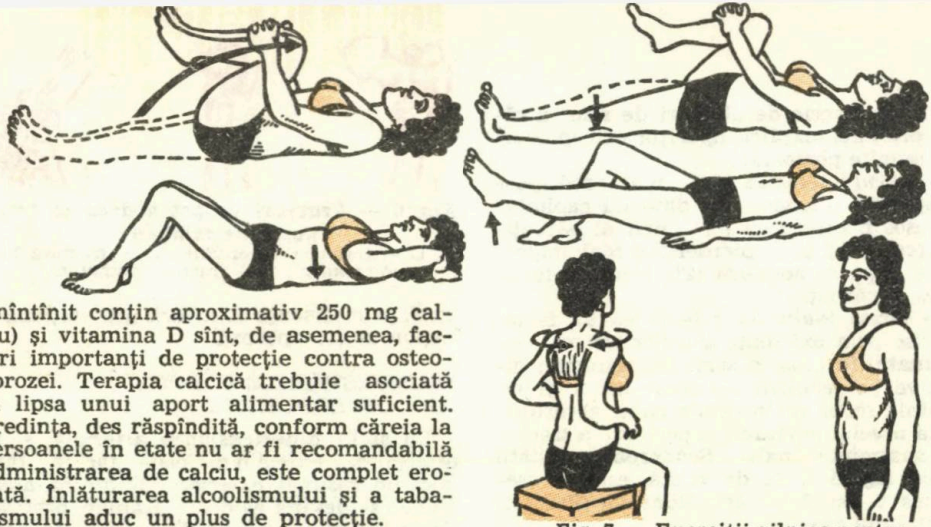


Fig. 7 — Exerciții zilnice pentru coloană.

smîntînit conțin aproximativ 250 mg calciu) și vitamina D sînt, de asemenea, factori importanți de protecție contra osteoporozei. Terapia calcică trebuie asociată în lipsa unui aport alimentar suficient. Credința, des răspîndită, conform căreia la persoanele în etate nu ar fi recomandabilă administrarea de calciu, este complet eronată. Înlăturarea alcoolismului și a tabagismului aduc un plus de protecție.

La femeile la care menopauza s-a instalat precoce (prin tulburări endocrine sau intervenții chirurgicale), un tratament hormonal substitutiv poate fi aplicat, dar numai cu avizul și sub supravegherea medicului ginecolog.

Cunoștințele actuale asupra osteoporozei nu sînt încă complete, cauzele ei nu sînt încă în totalitate cunoscute, dar cercetările asupra prevenirii și tratamentului ei sînt deja promițătoare.

Dr. DINU M. ANTONESCU
MEDIC PRIMAR
Șef de lucrări la Clinica de ortopedie,
Spitalul „Cantacuzino"

MEDICUL DE ASTĂZI

Practica medicală care se efectuează de milenii a evoluat și a dobîndit un fundament științific de-abia în ultimele două secole ; dar ceea ce s-a realizat în ultimele 2—3 decenii depășește cu mult și cea mai optimistă previziune făcută medicinii de savanții secolului trecut.

Medicii de astăzi — discipoli ai lui Esculap — dispun de mult mai multe cunoștințe medicale decît cei din trecut, ca să nu mai vorbim de mijloacele moderne de investigație și tratament ce le stau la dispoziție.

Dispun astăzi de atîtea mijloace de informare medicală, încît încep să se considere copleșiți de volumul enorm de lucrări medicale, de varietatea excesivă (chiar exagerată) a medicamentelor nou create, care lasă impresia că se înmulțesc în progresie geometrică și nu aritmetică.

Dezvoltarea impetuoasă a industriei farmaceutice mondiale, deși aduce în general reale foloase medicinii, a făcut din medicul de astăzi un subordonat al medicamentului (și în special al celui de sinteză), ceea ce, de la un punct încolo, poate constitui un impediment în practica medicală curentă. De cînd medicamentele sînt produse în uzină pe scară industrială, medicul recurge din ce în ce mai puțin la arta de a formula o rețetă (așa-numitele rețete magistrale, în care medicul asociază în formule diverse principii terapeutice obținute din plante sau prin sinteză chimică).

La clasicele mijloace de investigație paraclinică s-au adăugat recent izotopii radioactivi, tehnicile microelectronice și cibernetice, care deschid surprinzătoare căi de rezolvare a problemelor „necunoscute sau nerezolvate" pînă de curînd.

Chirurgul de astăzi nu se rezumă numai la apendicectomii, amigdalectomii sau reduceri de fracturi ; evoluînd el și teh-

nica medicală de care dispune, practică curent intervenții chirurgicale mari, uneori și complexe, transplanturi de organe sau implanturi de organe artificiale (cord mecanic, ureche electronică, proteze electronice la membre etc.), redînd organismului funcții compromise prin boală.

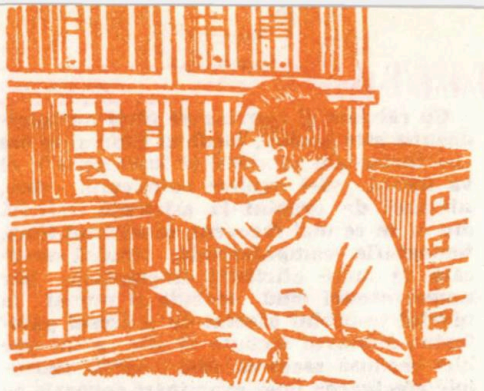
În cele ce urmează încercăm să schițăm principalele ipostaze în care se află medicul de astăzi în nobila sa misiune de alinare a suferințelor semenilor săi, și anume : atitudinea medicului în fața bolnavului și a bolii ; în fața medicamentului, în fața eșecului terapeutic ; în perfecționarea pregătirii sale profesionale.

În privința atitudinii medicului în fața bolnavului și a bolii sale, din cele mai vechi timpuri și pînă astăzi, cu variații minore de la o perioadă la alta, aceasta a fost de înțelegere absolută, de compasiune și cu dorința nemărginită de alinare a suferințelor bolnavilor.

În fața unui bolnav, medicul procedează cu tact și înțelegere, încercînd să-i cîștige încrederea și să-l angajeze totodată în amplul și complexul proces terapeutic care i se adresează și la care bolnavul poate deveni un cooperant prin autoîngrijire, corectitudine în administrarea medicamentului, a regimului igienic și dietetic.

Medicului îi trebuie răbdare și tact pentru a asculta bolnavul în relatarea suferințelor sale (așa-numitul istoric sau anamneză a bolii), de abilitatea lui de a îndruma această relatare depinzînd formularea, cel puțin orientativă, a diagnosticului bolii. Graba sau lipsa de tact cu bolnavul poate să-l priveze pe medic de amănunte importante despre boală, iar pe bolnav, de un diagnostic precoce.

Examenul clinic al bolnavului, etapă importantă a actului medical, a suferit mici modificări de-a lungul timpului. Dacă în urmă cu un secol el constituia totul, investigațiile paraclinice fiind inexistente în acea perioadă, în ultimul timp — din nefericire pentru medicină și mai ales pentru bolnav — examenul clinic a devenit mai sumar, acordîndu-se o importanță din ce în ce mai crescută mijloacelor moderne de investigație paraclinică. Dacă înainte medicul trebuia să-și formuleze un diagnostic numai prin interpretarea semnelor clinice și a simptomelor



de boală, astăzi la dispoziția lui stă bolnavul (de la care se pot obține date clinice) și o întreagă gamă de mijloace moderne de investigație radiologică, de tehnici nucleare de diagnostic și de tehnici electronice capabile să furnizeze date și rezultate exacte asupra funcțiilor organelor investigate.

Dar ceea ce schematic am schițat mai sus — examen clinic și tehnici de laborator ultraspecializate — nu este oriunde și întotdeauna realizabil și nu duce mereu la rezultatul așteptat. Aceasta pentru că, pe de o parte examenul clinic este extrem de complicat, iar pe de alta, pentru că și rezultatele investigațiilor efectuate nu sînt întotdeauna caracteristice (termenul medical consacrat fiind cel de patognomonic) unei anumite boli. Mai mult, dificultăți ale simbiozei examen clinic-rezultate de laborator rezultă adesea și din lipsa, în multe cazuri, a unor laboratoare specializate și înalt tehnicizate ; în astfel de cazuri, clinica primează, medicul fiind determinat să-și folosească cunoștințele de semiologie și patologie clinică, spiritul de observație și, ceea ce se numește, în lumea medicală, „fler clinic", încît, în final, să fie în măsură să-și formuleze un diagnostic și să poată trece de îndată la recomandările terapeutice necesare.

Ajunși în stadiul efectuării unor investigații de laborator, bolnavii sînt supuși unor acte medicale uneori neplăcute, dureroase, dar inevitabile și acceptate cu înțelegere de ei. Greșită este atitudinea unor bolnavi care solicită efectuarea unor baterii întregi de analize, de cele mai multe ori fără a fi necesare, pentru suferințe reale sau închipuite, dar mai greșită este atitudinea medicului care nu estompează aceste doleanțe nejustificate, deși etica medicală i-ar impune, în astfel de cazuri, necesitatea de a explica bolnavilor de ce este dăunătoare o astfel de practică. Medicul trebuie să-i explice bolnavului care-i solicită „efectuarea tuturor analizelor" că acest lucru nu este — nici teoretic, nici practic — posibil, numărul celor practicate în diversele laboratoare astăzi fiind de ordinul multor sute ; trebuie, de asemenea, să-i arate bolnavului că el, medicul, este singurul în măsură să aprecieze utilitatea unor investigații paraclinice.

Cu răbdare și convingere (deși nu întotdeauna este posibil, medicul fiind și el om „cu limite ale răbdării și înțelegerii"), el va trebui să-i explice bolnavului care, abuzînd de dreptul la asistență, solicită din ce în ce mai frecvent, în ultimul timp, tomografia computerizată, tehnică medicală de mare eficiență diagnostică, dar numai atunci cînd trebuie și numai la nivelul țesutului afectat de procesul patologic ; bolnavul trebuie să știe că nu este nici permisă medical, nici posibilă economic efectuarea unei examinări generale cu ajutorul tomografului computerizat (aparat despre care s-a scris mult în presa medicală și în cea nemedicală din ultimul timp).

Dealtfel, latura psihologică a activității medicale se face sau ar trebui să se facă simțită în activitatea de zi cu zi a medicului ; aceasta este o latură a procesului de îngrijire medicală și mai ales a secvenței terapeutice a actului medical în general, neglijată uneori. Medicul trebuie să abordeze bolnavul cu blîndețe, cu înțelegere și cu interes față de el și de suferințele lui și chiar față de problemele sale cele mai diverse. Un ton potrivit, o vorbă caldă, o încurajare care să-i inspire încredere și nădejde sînt mici expresii ale compasiunii nutrite de medic pentru bolnavul pe care-l are în față și care vine de multe ori la medic cu un tonus psihic coborît. Prin forța sa psihologică și prin nota de optimism transmisă bolnavului, medicul imprimă uneori o întorsătură favorabilă bolii pacientului.

Convorbirile îndelungate cu bolnavul — deși astăzi, în „secolul vitezei", timpul este comprimat —, sub forma unor discuții despre boală (dar nu numai despre aceasta), sfaturi sau explicații privind boala sa constituie pentru cel în suferință „droguri" uneori mai puternice (poate) decît cele mai active medicamente de care dispune medicina. Și aceasta pentru că vindecarea unui bolnav nu se realizează numai cu ajutorul medicamentelor, ci și cu sufletul ; medicul nu tratează o boală, ci un bolnav, nu un caz de ulcer, ci un bolnav de ulcer. Tocmai din acest motiv, atît tratamentul medicamentos, cu medicamente mai multe sau mai puține, mai active sau mai puțin active, cît și cel psihoterapic, numai cu vorbe dulci sau rareori cu autoritate în vorbă și în gestică, trebuie făcut individualizat (de la caz la caz). Nici limbajul folosit de medic în relațiile cu bolnavul nu-i este indiferent celui din urmă ; utilizarea unui vocabular simplu, direct, îl ajută pe bolnav să înțeleagă unele fenomene biologice, pe care nu credea că ar fi capabil să le realizeze.

*

Odată depășită etapa diagnosticului, medicul se află în fața altor dificultăți — alegerea celei mai judicioase terapeutici aplicabilă bolnavului pe care-l are în îngrijire sau, altfel spus, punerea față în față a medicului și medicamentului.

Etapa terapeutică nu este nici ea lipsită de dificultăți, „de curse" pentru medic. Nu este o sarcină ușoară pentru el să aleagă din multitudinea factorilor terapeutici (medicamente, proceduri balneofizioterapice, procedee ale medicinii tradiționale — acupunctură, presopunctură, radiosau röntgenterapia etc.) pe cei mai indicați și totodată lipsiți de efecte secundare nedorite pentru bolnav. Pentru aceasta este nevoie ca medicul, la curent cu informația științifică, să le aleagă pe cele pe care le cunoaște mai bine, pe care le-a utilizat în repetate rînduri și ale căror rezultate le-a putut observa și în timp. Deci, în actul terapeutic este nevoie de rațiune, discernămînt și prudență, pentru a nu face, desigur involuntar, dintr-un medicament, o armă agresivă împotriva bolnavului.

Vechiul dicton latin, aplicabil în medicină, „primum non nocere" (mai întîi să nu vătămi, să nu prejudiciezi și să nu faci rău), trebuie să stea permanent în atenția medicului, ori de cîte ori recomandă un tratament, fie el simplu, fie complex. Sînt cazuri în care medicamentul administrat nu numai că nu ameliorează suferințele bolnavului, dar i le poate complica prin apariția unor efecte toxice (pe care nu puține din medicamentele de uz curent intrate în practica medicală le au).

Este prezentă în memoria omenirii așazisa „dramă a Thalidomidei", apărută în perioada ce a urmat descoperirii și utilizării sale (în anul 1959, în R. F. Germania) în scopul atenuării tulburărilor de sarcină (în special a vărsăturilor). Pentru efectele sale antivomitive reale, moda acestui medicament „a prins" rapid, numărul gravidelor care-l utilizau fiind foarte mare. Dar la naștere copiii acelor mame au prezentat anomalii ale membrelor (cca 2 000 de cazuri numai în R. F. Germania), care au determinat invalidități definitive. Și astfel, în întreaga lume, aproximativ 6 500 de copii au avut de suferit de pe urma unei insuficiente cercetări a efectelor terapeutice, imediate și în timp, ale unui nou produs medicamentos.

În fața noului, medicii se împart în cel puțin două principale grupe :

— cei care-l adoptă cu relativă ușurință și tot cu destulă ușurință îl aplică ;

— cei care nu consideră că tot ceea ce este nou este obligatoriu și bun ; este categoria medicilor (în rîndul cărora se recunoaște și autorul rîndurilor de față) care primesc noul cu prudență și cu circumspecție, dar care, după ce și-au format convingeri favorabile în acest sens, îl întrebuințează și-l aplică în practica de zi cu zi.

Dintre mijloacele terapeutice de care dispune medicul, există unul căruia ar trebui să-i acorde o și mai mare importanță, și anume forța cuvîntului, denumită profesional psihoterapie.

Ca toți ceilalți oameni, și medicii sînt diferit structurați. Unii sînt mai întotdeauna optimiști, în timp ce alții au o înclinație (nu numai profesională) pesimistă, această deosebire reflectîndu-se, mai mult sau mai puțin, în felul în care aceștia abordează boala și bolnavul.

În fața bolii și a bolnavului, medicul va trebui să adopte fie o atitudine deschisă, sinceră, fie una tot sinceră, dar exprimată voalat, cu reticență și sobrietate. Mila trebuie să intre în competiție cu adevărul, iar medicul trebuie să stabilească, în fața bolnavului, ce cale alege.

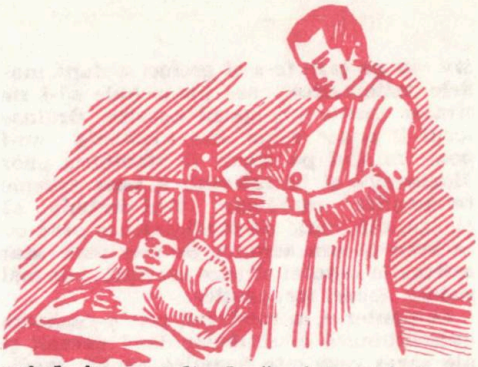
În fața aceleiași drame umane — ne gîndim la bolile incurabile — nu toți medicii procedează într-un mod asemănător, deosebirile fiind apanajul școlilor medicale cărora le aparțin. Dacă medicii americani consideră de datoria lor să discute deschis cu bolnavul, de obicei în prezența unui martor (a psihologului, a altui medic, a unor membri din familie sau din anturajul bolnavului), asupra evoluției posibile a bolii, ba chiar și în ceea ce privește inevitabilul sfîrșit, medicii europeni — din ce în ce mai puțini — și încă mulți medici din Asia și Africa au rezerve asupra acestei atitudini și procedează ca atare, negînd natura reală, incurabilă, a bolii și ascunzînd iminența sfîrșitului dramatic al bolnavului.

Există, în sfîrșit, și o cale de mijloc (blamată de gruparea „radicalilor" din breasla medicală), după care, cea mai bună atitudine a medicului este aceea de a expune numai parțial părerea sa bolnavului sau familiei sale.

Fie că adevărul se spune „în față", fie că se eludează cu măiestrie, totul trebuie potențat de tactul și abilitatea medicului în a găsi o formulă personală, adaptată fiecărui caz în parte.

*

Despre medicul de azi se spune că „știe mult mai mult, dar este mult mai grăbit decît medicul din trecut". Observația cu-



prinde în ea mult adevăr și de aici și sentimentele ambigui pe care le încearcă bolnavii : pe de o parte de satisfacție deplină pentru că se știu îngrijiți de medici cu pregătire profesională superioară, iar pe de alta, de ușoară insatisfacție la gîndul că astăzi medicul petrece mai puțin timp lîngă bolnav, decît medicul din trecut.

Medicul de astăzi, pentru a face față exigențelor impuse de o medicină în mare măsură tehnicizată, trebuie să se informeze continuu, să studieze, să cerceteze și să aplice în practică cele învățate. El trebuie să acumuleze nu numai cunoștințe medicale (clinice, terapeutice), ci și de matematică și de tehnică aplicată (electronică, cibernetică), deoarece mînuiește, din ce în ce mai frecvent, o aparatură medicală tot mai complicată, care-i pune la dispoziție rezultate ce trebuie calculate și interpretate.

Progresele în gîndirea și practica medicală se datorează științei și tehnicii, care evoluează de la an la an, îmbogățind necontenit bagajul informațional al corpului medico-sanitar. Dar volumul informațiilor și al datelor care „bombardează" medicul de astăzi depășește cu mult posibilitățile sale de memorizare (există în lume peste 250 000 de publicații cu caracter medical, cu apariție sporadică sau regulată). Deși greu sau imposibil de reținut majoritatea acestor noi achiziții, totuși, rigorile profesionale îl obligă pe medic să fie mereu la curent cu „noul", în general, sau, în mod deosebit, cu noutățile în specialitatea în care lucrează.

Aparatura cibernetică, ordinatorul (computerul) și alte cîteva mijloace tehnice noi pot veni în sprijinul medicului contemporan prin înmagazinarea informațiilor și redarea lor cu rapiditate și cu mare exactitate atunci cînd nevoile o cer. Astfel se soluționează în unele centre medicale astăzi, iar mîine, cu siguranță, se va generaliza în toate centrele medicale, stocarea informațiilor teoretice (articole medicale, date de statistică sanitară și de economie sanitară, precum și date despre cele aproximativ 5 000 de boli și simptome, și ele în creștere, de la an la an) ; la nevoie ordinatorul îi pune medicului la dispoziție datele pe care le-a tezaurizat în mod pa-

siv sau pe care le-a şi prelucrat după modele matematice, care nu trebuie să-i fie străine medicului epocii noastre. Ordinatorul îl poate ajuta, dar niciodată nu-l poate înlocui pe medic în stabilirea unor diagnostice şi în întocmirea unor scheme terapeutice complexe, cînd trebuie să aleagă, din miile de medicamente produse în lume la ora actuală, pe cele care sînt aplicabile cazului şi care prezintă cele mai reduse riscuri terapeutice.

Computerul în medicină este o realizare extraordinară a ultimelor două decenii şi ale cărui rezultate benefice pentru medicină s-au dovedit din plin, dar utilizarea acestui aparat ultraperfecţionat nu trebuie să scoată din circuitul funcţional al practicii medicale inima şi gîndirea medicului, depersonalizîndu-l pe bolnav şi dezumanizînd medicina.

Dacă în trecut medicul poseda cunoştinţe plate, uniforme, din toate domeniile medicinii, fiind în acelaşi timp un practician medical universal (practica atît pediatria, cît şi medicina adultului ; nu era specializat într-o anumită specialitate medicală), astăzi cunoştinţele lui cele mai solide sînt din ce în ce mai limitate la specialitatea pe care o practică. Aşa s-a ajuns astăzi în lume la crearea a numeroase specialităţi medicale (medicină internă, pediatrie, chirurgie, obstetrică-ginecologie etc.) şi chiar de microspecialităţi în cadrul celor dintîi (imunologie, alergologie, reumatologie, chirurgie vasculară, chirurgie plastică etc.), după cum obiectul specialităţii îl constituie un aparat (cardiovascular, nervos, digestiv) sau numai un organ (inimă, ureche, rinichi etc.).

Împărţirea medicilor pe specialităţi şi mai ales pe microspecialităţi are avantaje, dar şi inconveniente. Dacă specialistul rezolvă cu competenţă problematica specialităţii sale (diagnostic şi tratament), el este mai puţin capabil să rezolve, cu acelaşi succes, probleme din alt domeniu medical pe care le poate prezenta unul şi acelaşi bolnav, motiv pentru care bolnavul este îndrumat de la un cabinet medical la altul, uneori într-un cerc care se închide chiar la medicul care a acordat primul ajutor bolnavului. Soluţia optimă pentru înlăturarea neajunsurilor create prin specializare şi ultraspecializare medicală o constituie consultul şi colaborarea interdisciplinară sau, acolo unde este posibil, munca „în echipă", în care mai multe minţi medicale pot realiza ceea ce n-ar fi în stare nici cea mai ageră minte medicală solitară.

În încheiere prezentăm trăsăturile care caracterizează medicul astăzi, în epoca unei reale revoluţii tehnico-ştiinţifice, atît în gîndire, cît şi în practica medicală.

MEDICUL DE ASTĂZI :

— ştie mai mult decît în trecut, dar este mult mai grăbit în tot ceea ce întreprinde, fiind „presat" de timp ;

— consultă mai puţin şi scrie mai mult (deşi ar fi de dorit reversul medaliei) ;

— foloseşte mai mult aparatura de investigaţii paraclinice şi se opreşte mai puţin asupra examenului clinic al bolnavului ;

— în faţa noului, medicul trebuie să fie „novator, dar nu revoluţionar", „conservator, dar nu static, anchilozat" ;

— el va trebui să aleagă din multitudinea mijloacelor terapeutice ce-i stau la îndemînă pe cele care se adaptează cel mai bine formei şi momentului bolii, precum şi psihologiei particulare a bolnavului în cauză ;

— medicul va trebui să gîndească şi la latura economică a activităţii sale, urmărind să obţină rezultatele scontate cu mijloacele de investigaţie şi de tratament cu cel mai redus cost (valabil astăzi, dar mai ales mîine, cunoscîndu-se faptul că valoarea bănească a asistenţei medicale este în exagerată creştere, condiţionată în special de costul enorm al complicatei aparaturi medicale de diagnostic şi tratament) ;

— probitatea şi etica medicală îl obligă pe medic ca, ori de cîte ori se află într-o dilemă medicală, să consulte colegii de specialitate sau să solicite un consult interdisciplinar (cu medicii din alte specialităţi), aceasta neştirbindu-i cu nimic reputaţia sa profesională ;

— nu este de dorit, ci din contră, de combătut, slăbiciunea dovedită de medicul care se lasă influenţat şi cedează rugăminţilor sau presiunilor exercitate de bolnav în scopul obţinerii unor recomandări de investigaţii paraclinice sau a unor medicamente pentru care medicul dovedise iniţial reticenţă ;

— în actul terapeutic, medicul este pus în situaţia de a alege dintr-o multitudine de factori terapeutici — clasici şi moderni — ceea ce, trebuie să recunoaştem că nu-i deloc o treabă uşoară. Prudent este să nu utilizeze medicamente despre care nu are cunoştinţe aprofundate, dar nici să respingă noul şi să aştepte trecerea anilor pentru a accepta ideea utilizării unor medicamente care şi-au dovedit nu numai utilitatea, dar şi lipsa de nocivitate pentru bolnav ;

— medicul de astăzi, deşi foarte modern în concepţie, nu trebuie să întoarcă spatele vechilor achiziţii (seculare sau chiar milenare) ale medicinii, cum este cazul metodelor terapeutice tradiţionale (acupunctură, presopunctură), a medicinii naturiste (utilizare largă a plantelor medicinale), a procedurilor balneofizioterа-

pice, a alimentației raționale și a factorilor de călire a organismului (aer, apă, soare), toate cu efecte dacă nu determinante, măcar adjuvante în vindecarea multor boli ;

— nu în ultimul rînd, să utilizeze în actul terapeutic și „cuvîntul", psihoterapia constituind cea mai puțin costisitoare terapeutică și la îndemîna oricărui medic în practica sa de zi cu zi. De multe ori, valoarea cuvîntului rostit o întrece pe cea a medicamentelor, fie ele cît de noi și de scumpe ;

— medicul, poate mai mult decît alte categorii socio-profesionale, va trebui să învețe o viață întreagă. La apusul carierei sau vieții sale, va constata, cu regret, că știe totuși foarte puțin. În acele momente să-și amintească ceea ce spunea marele filozof grec Socrate, încă de acum două milenii : „De-abia după ce am cunoscut prea multe, ne dăm seama de cît de puține cunoaștem".

OCTAVIAN POPESCU
DOCTOR ÎN ȘTIINȚE MEDICALE
Spitalul de Copii „Caraiman"

REȚETE ANECDOTICE

— Deci, n-ați urmat rețeta noastră ?!
— Spun drept, că n-am avut curaj !
Mi-a smuls-o vîntul pe fereastră
Și stau... la ultimul etaj.

— Să-mi cumpăr „sticle" și mai tari ?
Constat că iarăși nu văd bine !
— Remediul e, precum declari,
Dar nu mai tari, ci mai... puține !

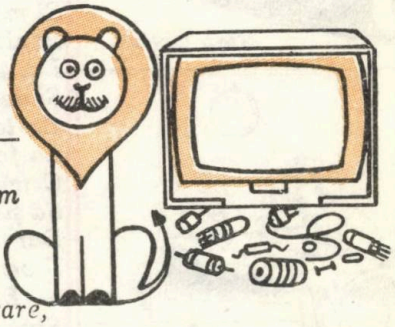
— De ce dansezi neîncetat
Cu-acea femeie corpolentă ?
— Un doctor mi-a recomandat
O transpirație-abundentă !

— Cu-aceasta, de microbi scapi lobii :
Copiii, două picături,
Și patru, cei ce sînt maturi.
— Nu știu ce vîrste au microbii !

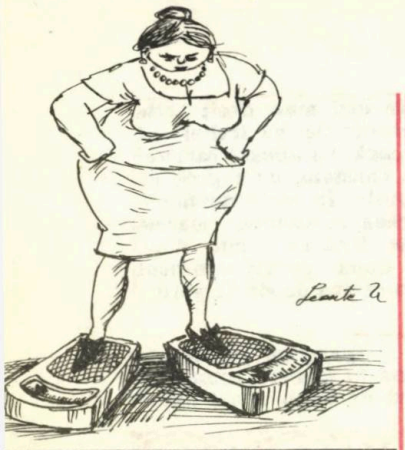
— Ce-aveți ?
— Păi, dumneata ai harul
Ca să cunoști aceste stări !
— Să chem atunci veterinarul,
Că el nu pune întrebări !

Prof. CONSTANTIN-AUREL DRAGODAN
MEMBRU AL CLUBULUI EPIGRAMIȘTILOR
„CINCINAT PAVELESCU"

Leul și televizorul



Cînd pasămite leul, odată pe-nserat,
Porni televizorul, fu foarte supărat
Să vadă cum rămas-au — vai, cît de neplăcut ! —
Întunecat ecranul și difuzorul mut.
— Știi ce ? — grăi leoaica. — Eu zic să n-așteptăm
Și-un tehnician capabil îndată să chemăm.
De crezi că este bine și n-ai ceva-mpotrivă
Mă duc eu, chiar acuma, la cooperativă.
— Nici gînd ! — îi zise leul. — Căci, fără supărare,
Știu eu destul de bine ce-i trebuie, ce are.
Chiar luă televizorul, nevrînd să zăbovească,



Îl desfăcu la spate, trecu să-l meştereasscă,
Apoi presă butonul, cu ştecherul în priză,
Se aşeză-n fotoliu şi, ce să vezi, surpriză :
Un cor umplu ecranul — canari, privighetori —
Şi triluri diafane urcară pînă-n nori..
— Ei, ai văzut, nevastă ? — rosti cu semeţie,
Umflîndu-şi pieptul leul. — E cum ţi-am spus eu ţie.
O siguranţă arsă, atîta-i tot ce-a fost,
Aşa că tehnicianul să vină n-avea rost.
Puteai să ai mai multă încredere în mine,
Că mă pricep şi singur, şi încă foarte bine.

*

Dar într-o altă seară, nu ştiu cum s-a-ntîmplat,
Că aparatul iarăşi nu a mai funcţionat.
Cumplit se puse leul să-njure, să blesteme
Şi încercă leoaica un tehnician să cheme...
— Ba nu ! — tună iar leul. — Te-ai duce în zadar.
Mai bine las-pe mine, să vezi cum îl repar.
La fel cum procedase, îl desfăcu la spate,
Umblă la siguranţe — erau nevătămate —
Apoi la alte piese trecu să robotească,
Ca să le demonteze şi să le ciocănească.
Trudi cu multă rîvnă, dar totul fu zadarnic.
Pînă la urmă leul se văită amarnic
Şi, admiţînd că, poate, pe undeva greşise,
La cooperativă soţia îşi trimise.
Examinînd cu grijă, atent şi cu migală,
Mormanul trist de piese lîngă cutia goală,
Le zise tehnicianul, un licurici isteţ :
— Aveaţi, fără-ndoială, un aparat de preţ,
Dar l-aţi distrus, sărmanul, aşa că, ce păcat,
Televizorul este doar bun de aruncat.
Răspunse mîndru leul : — Păi, ce să ne-ncurcăm,
Dacă-i cum spui, amice, atunci să-l aruncăm.
A doua zi se duse, în cel mai mare zor,
Să-şi cumpere, vezi bine, un alt televizor.

*

Fără cuvinte

Dar simt cum mi s-ar pune aici o întrebare :
— Ce fabulă să fie povestea asta oare ?
Şi mai ales ce caută, să ne explici matale,
În almanahu-acesta pe teme medicale ?
Da, are ce să caute, eu totuşi aşa zic,
Şi daţi-mi, vă rog, voie, pe scurt să vă explic.
Ca leul cînd să cheme n-a vrut depanatorul,
La fel fac unii oameni. Nu cu televizorul !
Oricine îşi dă seama că n-are cum să ştie
Să şi-l repare singur cînd nu-i de meserie.
Dar dacă sănătatea se-ntîmplă să se strice,
Îl vezi pe cîte unul şi îl auzi cum zice :
— Eu să mă duc la doctor ? Ba nici nu mă gîndesc !
Ştiu eu destul de bine cum să mă îngrijesc.
Şi fel de fel de leacuri din plin şi-administrează,

— În ce loc vă doare mai mult ?
— De cele mai multe ori la locul de muncă, doctore !!

În mod curios zicîndu-şi că astfel se tratează.
Acum, să ne-nţelegem, se poate, şi frecvent,
Să fie admisibil un autotratament :
Cînd doare puţin capul, cînd un curent a tras,
Sau dacă e nevoie de picături în nas.
În cazuri ca acestea n-ar fi de obiectat.
Dar ce te faci de este un caz mai complicat ?
Pe urmă, la nevoie, un nou televizor,
Ca să te duci să-l cumperi e relativ uşor.
Dar nu cumva mai altfel s-ar pune, din păcate,
Problema ca să-ţi cumperi... o altă sănătate ?

— Ceaiurile le suporţi ?
— Doar pe cele... dansante, doctore !!

Dr. AL. GHEORGHIU

„MINICOD DE COMPORTARE CIVILIZATĂ"

LA STOMATOLOG

- Dacă aveţi gripă, nu mergeţi la stomatolog ! I-o veţi dărui în mod sigur !
- Cînd mergeţi la stomatolog, respectaţi cu strictețe ora la care aţi fost programat ! Gîndiţi-vă că fiecare minut de întîrziere atrage după sine alte întîrzieri, atît pentru medic, cît şi pentru cei ce-şi aşteaptă rîndul.
- Intrînd în sala de aşteptare nu sînteţi obligat să deschideţi uşa cabinetului spre a vă anunţa sosirea !
- Nu transformaţi sala de aşteptare a cabinetului stomatologic în sală de taifasuri, intrînd în vorbă cu cei ce aşteaptă, descosîndu-i cu ce treburi vin la consultaţii, bîrfindu-l sau chiar lăudîndu-l pe medic. Este mai cuminte şi mai cuviincios a vă păstra gura închisă, pentru a o deschide cînd veţi fi instalat pe fotoliul dentar...
- A face o mină jalnică de suferinţă pentru a impresiona pe cei ce aşteaptă şi a le lua în acest fel rîndul este un sistem lipsit de seriozitate şi total necinstit. Gîndiţi-vă ce s-ar întîmpla, dacă fiecare dintre cei ce-şi aşteaptă rîndul ar proceda la fel.
- Nu sînteţi prin nimic obligată a lăsa pe instrumentele dentare amprentele rujului de pe buzele dumneavoastră. Aveţi întotdeauna grijă ca înainte de a vă aşeza pe fotoliul dentar să vă faceţi o demachiere sumară, ştergîndu-vă cu batista sau cu un tifon rujul de pe buze.
- În timp ce stomatologul vă tratează dinţii, mai cu seamă cînd este vorba de o extracţie, este necesar să aveţi întotdeauna, la îndemînă, o batistă.
- Este neîngăduit să intraţi în cabinetul stomatologic cu ţigara aprinsă, chiar dacă fumaţi ţigările cele mai fine. Evident, nici în sala de aşteptare, fumatul fiind interzis în unităţile sanitare.
- Sînt unii pacienţi care, în clipa în care se aşază pe fotoliul dentar, gîndindu-se, probabil, la... „plăcerile" frezei ce-i aşteaptă, încep să ofteze adînc, repetîndu-şi oftatul într-un crescendo exasperant... O asemenea manifestare respiratorie, pe cît de ridicolă, pe atît de nejustificată, nu e în nici un caz în măsură a-l înduioşa pe medic, într-atît încît să-l facă să renunţe la freza sa. De aceea, e mai cuminte şi mai sănătos ca în astfel de situaţii să vă păstraţi calmul, să respiraţi liniştit, reţinîndu-vă oftatul, oricît de mare v-ar fi „of"-ul...
- Chiar dacă sînteţi un pasionat al gustărilor cu ceapă sau usturoi, este de dorit ca în ziua cînd mergeţi la stomatolog să vă abţineţi de la asemenea delectări gastronomice. Puteţi fi sigur că mirosului de ceapă sau de usturoi, medicul îl preferă pe acela al unei ape de gură mentolate.
- Nu este deloc de prisos ca înainte de a merge la stomatolog să vă faceţi un periaj

conștiincios, cu o pastă de dinți plăcut mirositoare.

- Nu este deloc recomandabil ca înainte sau după tratamentul efectuat de către stomatolog să scoateți pieptenele din poșetă și să vă aranjați podoaba capilară în fața oglinzii din cabinet.
- Este nepoliticos și inutil a întreba pe medic ce lucrare a efectuat pacientului sau pacientei care a ieșit din cabinet înaintea dumneavoastră. Preocupați-vă de propria dumneavoastră gură. Cît despre gura lumii...
- La fel de necivilizat este ca atunci cînd stomatologul, vrînd să vă liniștească, vă asigură că și el poartă o lucrare de tipul celei pe care v-a efectuat-o, să-i cereți să deschidă gura pentru a vă convinge personal.
- Nu utilizați oglinjoara pe care o purtați în poșetă, în timp ce medicul vă lucrează în gură. Îi veți da impresia că efectuați un control asupra modului în care lucrează. Nu îl ajutați cu nimic. Oglinda dentară îi este suficientă...
- Venind la medicul stomatolog, să zicem pentru o extracție, nu este necesar ca mai întîi să trageți... la măsea, chipurile, în scop anestezic...
- Dacă după un tratament sau după o extracție veți simți nevoia de a elimina saliva sau sîngele din gură, puteți face acest lucru în mod discret, cît mai puțin spectaculos, dar mai cu seamă cît mai puțin sonor...
- Nu-l obosiți, nu-l enervați pe medic cu tot felul de întrebări inutile. Îl veți reține de la treburile sale, iar pe cei ce-și așteaptă rîndul îi veți reține de la treburile lor.

Dr. FLORIN COLONAȘ

UNII CLIENȚI la cabinetul medical

CIOBANUL

— Rămînînd mai mult în ploaie,
Cred... că-am făcut-o de oaie.

FOTBALISTUL

— Vin să vă întreb ce să fac,
Că simt un... gol în stomac ?

VÎNĂTORUL

— După ce am... tras o dușcă,
M-am trezit dormind gol... pușcă.

PESCARUL

— Într-o zi, la pescuit,
M-a prins... somnul și-am răcit.

PETROLISTUL

— Cu tot ce am pus pe rană,
...Am ars gazul de pomană.

ALCOOLICUL

— Eu, ca să vă spun cinstit,
Mă simt mereu... amețit.

DIABETICUL

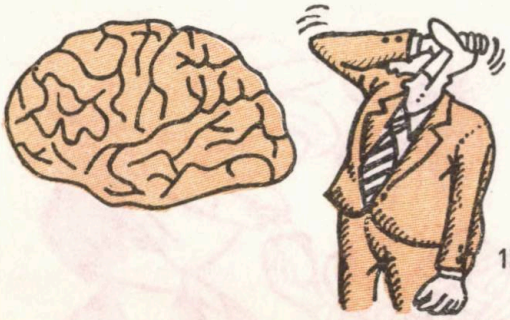
— Cum să procedez atunci,
Cînd iubita-mi face-ochi dulci ?

METEOROLOGUL

— De ziua de mîine, iată,
Eu nu-s sigur niciodată.

ION VULPESCU

DUREREA RESIMȚITĂ
ȘI IMAGINEA SUBIECTIVĂ A DURERII ALTCUIVA



OCTAVIAN IENIȘTEA
Doctor în științe medicale, medic primar neurolog

Durerea, mai blîndă sau mai ascuțită, trecătoare sau de durată, n-a cruțat pe nimeni de-a lungul vieții. Tot astfel, ni-

meni n-a fost scutit să asiste la suferința pricinuită de dureri vreunuia dintre cei apropiați. Așa se explică preocuparea oamenilor din toate timpurile pentru acest fenomen atît de neplăcut. Ecoul puternicei impresii generată de trăirea feluritelor dureri sau de sentimentele și atitudinile provocate celor din jur de durerea altuia îl găsim în bogăția operelor literare și de artă, care tratează acest subiect. În paralel, medicii, prin însăși menirea lor, s-au străduit să-i descifreze tainele și să descopere mijloacele de a o preveni, iar cînd ea s-a instalat, de a o vindeca, împreună cu eventuala afecțiune pe care o însoțea.

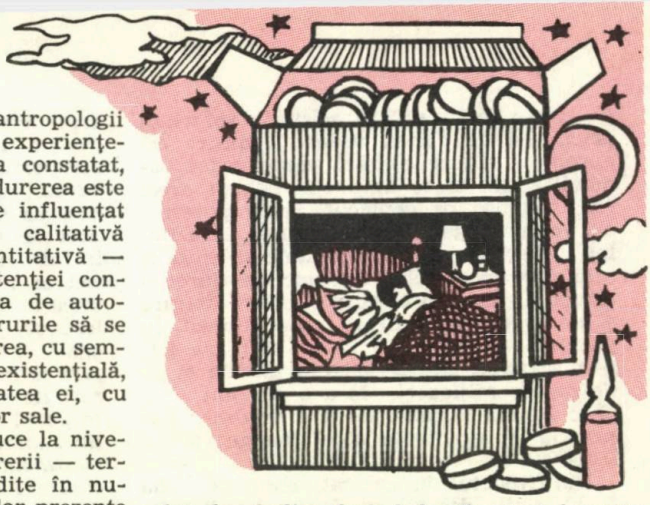
Din trecutul îndepărtat, cînd se știa foarte puțin despre adevărata semnificație a durerii, și pînă în zilele noastre, cînd oricine știe că ea reprezintă un semnal de alarmă menit să anunțe apariția unei leziuni sau a unei perturbări în normala funcționare a organismului, durerea a pus la încercare nu numai înțelepciunea, puterea de stăpînire și răbdarea celui suferind, ci și spiritul de solidaritate, de întrajutorare și de omenie al persoanelor din preajma lui.

Interpretată fel și chip de-a lungul veacurilor, în concordanță cu nivelul cunoștințelor și cu concepțiile dominante ale fiecărei epoci istorice, durerea continuă și astăzi să facă obiectul unor cercetări minuțioase, pentru că, deși s-au acumulat numeroase date privitoare la substratul și la mecanismele sale neurofiziologice, mai există încă multe probleme de rezolvat în această direcție.

În ultimele decenii, în cadrul orientării preventive a medicinii, punîndu-se un preț deosebit pe contribuția fiecăruia la păstrarea și întărirea sănătății proprii și a colectivității, cele mai importante cuceriri ale științelor medicale au început să fie împărtășite și publicului larg, prin toate mijloacele de informare. Așa s-a întîmplat și cu cunoștințele referitoare la semnificația, la cauzele, la substratul anatomofiziologic, la mijloacele de prevenire și de combatere ale durerii, astăzi la îndemîna tuturor. Dar cu toată bogăția materialelor existente pe această temă, mi s-a părut folositoare expunerea unui aspect cu largă aplicare practică și anume, diferența ce există între durerea trăită „pe propria piele" — cum se spune în popor — și imaginea pe care ne-o facem despre durerea altuia. Punerea față în față a ceea ce simte cineva cu imaginea rezultată din reflectarea acestei senzații în mintea altcuiva este importantă pentru că de imaginea creată va depinde, în mare măsură, atitudinea adoptată de persoana respectivă și felul în care se va purta cu cel suferind. Ideea de a supune discuției acest subiect s-a născut din constatarea frecvenței cu care oameni bine intenționați dezaprobă reacția unuĭ semen de-al lor la durere, comportîndu-se față de el altfel decît s-ar cuveni, numai pentru că subestimează amploarea suferinței pricinuită de durerile aceluia. Astfel de greșeli își au rădăcinile în falsa convingere că intensitatea percepției ar fi direct proporțională cu intensitatea stimulului dureros care i-a dat naștere și că sensibilitatea la durere ar fi egală la toți oamenii. La fel de răspîndită pare să fie și credința că minimalizarea durerii de care se plînge cineva ar reprezenta mijlocul ideal de a-i face durerea mai puțin supărătoare. De aici și atitudinea moralizatoare față de cel aflat în suferință, căruia i se reproșează că exagerează sau că nu se folosește de voința de care dispune pentru a-și stăpîni durerile resimțite. Dacă este adevărat că există persoane care, cu bună știință, se vaită mai mult decît este cazul, persoane care merită dezaprobarea și o morală usturătoare, acestea sînt mai puțin numeroase decît s-ar putea crede. Existența acestora, însă, nu ne dă dreptul să generalizăm, trăgînd concluzia că marea majoritate a celor care se plîng de dureri au tendința de a le exagera în mod voit și că tuturor acestora li se cuvine o critică aspră. Fiecare dintre noi știm din propria experiență cît de mult rău poate face o astfel de atitudine din partea aproapelui nostru, de la care așteptam înțelegere și un sprijin, măcar moral.

Pentru a arăta cît de înșelătoare poate fi imaginea pe care ne-o facem despre amploarea durerii altcuiva este suficient să reamintim faptul că una dintre dificultățile de care se izbesc cercetătorii care studiază neurofiziologia durerii este tocmai lipsa unui mijloc de a măsura precis intensitatea durerii pe care o percepe un individ atunci cînd i se aplică, experimental, un excitant dureros. Se poate măsura cu exactitate intensitatea stimulului aplicat, dar nu și a durerii simțită de subiect. S-a mai constatat, fără posibilitatea de tăgadă, că un stimul dureros de o anumită intensitate nu este la fel de puternic perceput și nu dă naștere la aceleași reacții la toate persoanele cărora le-a fost administrat. Mai mult, nici același individ nu percepe la fel de intens durerea provocată de unul și același stimul în momente și în situații diferite, de-a lungul vieții sale. Concluzia este că raportul dintre intensitatea excitantului și aceea a durerii resimțite diferă de la o persoană la alta, iar la același individ, dintr-un moment în altul și de la o situație la alta.

Gîndindu-ne cît de greu ne este să descriem în cuvinte durerea pe care o simțim la un moment dat sau la marea deosebire ce există între felul în care își zugrăvesc mai multe persoane o durere ase-



mănătoare, vom înțelege de ce antropologii încadrează durerea în categoria experiențelor personale nedefinibile. S-a constatat, printre altele, că felul în care durerea este înfățișată de cel suferind este influențat de componenta afectivă — calitativă (teamă, deprimare etc.) și cantitativă — asociată durerii, de nivelul atenției concentrată asupra ei, de puterea de autocontrol etc. Este firesc ca lucrurile să se petreacă așa, de vreme ce durerea, cu semnificația ei de amenințare existențială, afectează persoana în totalitatea ei, cu gîndurile și cu motivația actelor sale.

Declanșarea durerii se produce la nivelul receptorilor specifici ai durerii — terminații nervoase fine, răspîndite în număr mare în piele și seroase, dar prezente și în alte părți ale organismului —, sub acțiunea unor stimuli de natură fizică (mecanică sau termică) ori chimică. Percepția durerii, însă, caracteristicile și intensitatea ei nu sînt determinate exclusiv de natura și particularitățile stimulilor, ci și de numeroși alți factori, cum sînt : *stimulii senzoriali de altă natură* decît cei dureroși, care coincid cu existența generatoare de durere (lumina puternică sau zgomotele amplifică durerea de cap din cursul atacului de migrenă, spre exemplu), *particularități anatomice ale individului* (numărul receptorilor specifici ai durerii nu este același la toți oamenii) și *cele neurofiziologice* (diferențele individuale ale pragului de excitabilitate al receptorilor, deosebiri ale nivelului de transmitere a inhibiției durerii în sistemul nervos central etc.), *gradul de concentrare al atenției* asupra durerii, *factori emoționali* (frica, deprimarea pot modifica, într-un sens sau altul, intensitatea și caracteristicile durerii percepute), *factori mnezici* (instalarea durerii evocă adesea din memorie dureri din trecut, prilejuite de traumatisme accidentale sau de îmbolnăviri suferite de persoana respectivă sau de alte persoane din anturajul ei), *factori educaționali* (felul în care a fost „învățat", încă din copilărie, să suporte durerile etc.), *nivelul de cultură* (volumul și calitatea cunoștințelor medicale de care dispune) și, nu în ultimul rînd, *factori motivaționali* (este elocvent în acest sens rezultatul unui studiu care a demonstrat că tolerarea durerii depinde și de motive de ordin intern, personal ; s-a constatat că, în timp ce numai un sfert dintre ostașii grav răniți cuprinși în studiul menționat au cerut să li se administreze calmante ale durerii, dintr-un lot de civili suferind de afecțiuni însoțite de dureri mari, proporția celor care au solicitat medicamente împotriva durerilor a fost de trei ori mai mare ; diferența a fost explicată prin faptul că primii urmau să fie retrași de pe front datorită rănirii, iar gîndul întoarcerii acasă a făcut ca durerile să fie mai ușor suportate). Influența exercitată de factorii enumerați se explică prin conexiunile dintre căile de conducere ale impulsurilor nervoase purtătoare ale durerii și circuitele nervoase ale atenției, emoției, memoriei etc. Pe de altă parte, măsurarea pragului sensibilității la durere la un mare număr de indivizi a demonstrat că există diferențe foarte mari, în sensul că în timp ce unii dispun de o indiferență înnăscută pentru durere, alții dau dovadă de o sensibilitate excesivă, de asemenea înnăscută. Aceștia din urmă sînt expuși la intensificarea percepției stimulilor dureroși, la apariția senzației de durere chiar după intervenția unor stimuli care, în mod obișnuit, nu declanșează durere, sau la percepția de durere, fără să fie expuși vreunui excitant de acest fel.

Ținînd seama de aspectele și fenomenele prezentate, definiția clasică a durerii — „senzație neplăcută, de intensitate variabilă, provocată de excitarea receptorilor specifici" — poate fi supusă criticii, dat fiind că intensitatea durerii și semnificația perceperii ei nu este decisă de particularitățile stimulului care i-a dat naștere, ci mai ales de constelația și de amplitudinea tuturor excitanților care acționează concomitent, de trăsăturile constituționale și de gradul reactivității la durere ale individului. În acest spirit s-a ajuns la afirmația că, dincolo de fenomenul fizic cert al durerii considerată ca senzație, durerea rămîne un fenomen de experiență personală.

Acestea sînt doar cîteva dintre temeiurile științei care demonstrează cît de mare este riscul de a greși atunci cînd ne propunem să evaluăm cu exactitate intensitatea durerii percepută de altul și nivelul suferinței pe care i-o pricinuiește. Și, totuși, este

greu, dacă nu imposibil, să rezistăm acestei tentaţii în prezenţa unui om care suferă. Important este să fim conştienţi de faptul că aprecierile noastre nu pot fi perfect obiective, pe de o parte datorită deosebirilor individuale în ce priveşte sensibilitatea şi modul de a reacţiona la durere, iar pe de altă parte, pentru că, vrînd, nevrînd, aprecierile le facem în funcţie de experienţa proprie, care nu poate fi aceeaşi cu a persoanei vizate, precum şi în funcţie de sentimentele de care sîntem animaţi. Numai ţinînd seama de toţi aceşti factori de eroare de ordin subiectiv şi de cei obiectivi ai situaţiei lui — somatici, psihici şi sociali — putem face o evaluare a intensităţii durerilor lui mai apropiată de realitate, evaluare indispensabilă adoptării unei atitudini corespunzătoare şi stabilirii modalităţilor şi mijloacelor practice de a-l ajuta să depăşească mai uşor situaţia neplăcută pe care o traversează. Este de la sine înţeles că în cazul unor dureri care se repetă sau se prelungesc în timp, prima grijă trebuie să fie aceea de a-l determina să consulte neîntîrziat medicul. Odată acest prim pas făcut, îi putem fi de mare ajutor, dezvoltîndu-i încrederea în competenţa medicului curant, în eficienţa medicaţiei prescrise şi în şansele lui de vindecare. Obiceiul unora de a recomanda bolnavului să apeleze la alt medic „mai priceput“ decît cel care-l tratează sau să „încerce“ un medicament care a făcut „minuni“ la altă persoană cu tulburări asemănătoare este dăunător, pentru că zdruncină încrederea bolnavului în tratamentul pe care îl efectua şi îl expune la riscurile grave rezultate din administrarea unui medicament fără indicaţie medicală.

De multe ori ajutorul acordat suferindului pentru rezolvarea unor probleme care-i întreţin nelinişte şi îngrijorare sau pentru a-i înlesni atenuarea unor situaţii conflictuale existente în familie, la serviciu etc. contribuie, independent de tratamentul aplicat, la creşterea autocontrolului şi inhibiţiei durerilor. De asemenea, durerile devin mai suportabile, cel puţin pentru un timp limitat, deplasînd atenţia bolnavului de la suferinţa lui cu ajutorul unor discuţii pe teme care-l interesează şi îi fac plăcere. Abaterea atenţiei de la propria-i suferinţă îi oferă posibilitatea de a se elibera de preocupările pline de nelinişte sau de teamă legate de situaţia sa actuală şi de perspectivă, ceea ce contribuie la diminuarea intensităţii durerilor percepute. A-l sfătui să nu se mai gîndească la boala lui şi la dureri este total lipsit de sens, pentru că preocupările amintite îl invadează fără voinţa lui. Tot astfel, cunoscută fiind influenţa dispoziţiei asupra percepţiei durerii, este bine să se evite, pe cît posibil, informarea lui asupra unor evenimente sau situaţii neplăcute, triste sau îngrijorătoare, iar la cei cu predispoziţie pentru preocupări ipohondrice trebuie evitate relatările despre boli sau despre alţi bolnavi.

În sfîrşit, omul aflat în suferinţă simte mai înainte de orice nevoia de „înţelegere“ din partea semenilor. Înţelegerea faţă de o situaţie supărătoare traversată de cineva din preajma noastră — suferinţă fizică sau sufletească — nu înseamnă să plîngem, la unison cu cel în cauză, destinul său nefericit. Înţelegerea constă din adoptarea faţă de cel năpăstuit a unei atitudini şi a unui comportament capabil să-i dea sentimentul că nu este singur în suferinţa lui, că aproapele său „crede“ cît îi este de greu, îi înţelege dificultăţile cu care se confruntă şi este gata să-l ajute să le depăşească. Practic, aceasta se realizează ascultîndu-i cu atenţie şi cu răbdare plînge-rile, încurajîndu-l să ne înfăţişeze nu numai simptomele, ci şi presupunerile sale în ceea ce priveşte cauzele, semnificaţia şi perspectivele evoluţiei suferinţei sale, precum şi toate problemele de ordin familial, economic, material, ocupaţional etc., care au precedat instalarea tulburărilor sau au luat naştere ca o consecinţă a acestora. Procedînd aşa, putem descoperi corelaţii şi interpretări greşite făcute de suferind, adesea sursă de îngrijorare exagerată pentru el. Cu tact şi cu răbdare putem să-l ajutăm să-şi corecteze greşelile de gîndire, să găsească soluţii simple problemelor lui, pe care singur nu le întrevăzuse, dar mai ales să clarifice adevăratele cauze ale durerilor. Cît de importantă este cunoaşterea cauzei unor dureri pentru cel care le suportă se poate deduce cu uşurinţă din exemplul următor. Într-o seară cineva constată că îl doare antebraţul stîng ; încercînd să stabilească de unde provin durerile, îşi face un bilanţ al activităţii desfăşurate în ziua respectivă, dar nu descoperă nici o cauză posibilă. Rezultatul va fi o accentuare a durerilor, însoţită de o îngrijorare crescîndă. Dacă, însă, mai tîrziu îşi aminteşte că antrebraţul i-a fost smucit din cauza frînării tramvaiului cu care călătorea spre serviciu, durerea va diminua aproape instantaneu.

Dar înţelegerea nu se rezumă numai la atît. Se ştie că îmbolnăvirea atrage după sine adesea o schimbare a dispoziţiei şi a comportamentului. De multe ori bolnavul este indispus, neliniştit, nerăbdător, supă-

răcios etc., într-un cuvînt, greu de suportat de cei din jur. Dar, privite cu atenţie, aceste manifestări aparent noi nu sînt altceva decît rezultatul ascuţirii unor trăsături caracteristice personalităţii lui, existente şi înainte de îmbolnăvire. Acestea devin greu de suportat de cei apropiaţi, atît datorită accentuării lor, cît şi „sensibilizării" dobîndite de-a lungul timpului de cei apropiaţi. Fapt este că, fără voia lor, aceştia vor reacţiona cu asprime la „sîcîielile" pricinuite de el. În felul acesta, bolnavul, el însuşi afectat de propriile-i „slăbiciuni", va suferi şi mai mult, avînd senzaţia că nu este înţeles, că este respins şi privat de sprijinul pe care-l aştepta de la semenii săi. Remediul este simplu : evitarea încordării şi a conflictelor care ar putea fi provocate de ripostele tăioase. Uşor de spus, dar foarte greu de pus în practică... Fapt este că orice prilej de creştere a tensiunii emoţionale, orice emoţie negativă contribuie la sporirea durerilor.

Fără îndoială, recomandările făcute sînt aplicabile numai cu condiţia ca acela care vrea să-şi ajute semenul aflat în suferinţă să fie animat de omenie, să accepte renunţarea la propria-i comoditate şi sacrificii în favoarea suferindului, să dea dovadă de prudenţă în conturarea imaginii despre nivelul suferinţei celuilalt, de tact şi de multă, multă răbdare. Aşa cum s-a subliniat, încrederea prea mare în fidelitatea imaginii despre durerea altcuiva conduce la atitudini dăunătoare. Cea mai frecventă greşeală care se face este subestimarea suferinţei generată de apariţia unor dureri, iar minimalizarea acesteia îi poate crea bolnavului senzaţia că este bănuit de simulare interesată, de şantaj afectiv, mai ales dacă i se şi reproşează lipsa de voinţă. Indiferent dacă i se comunică direct astfel de opinii sau dacă sînt deduse din atitudinea adoptată, rezultatul va fi o suferinţă mai mare decît cea produsă de cele mai penibile dureri. Pentru o mai bună înţelegere a celor afirmate să folosim exemplul unui copil care, căzînd, acuză dureri mari. Adoptarea unei atitudini moralizatoare mai înainte de a analiza atent situaţia nu are efectul scontat, ci, dimpotrivă, îl fac să trăiască şi mai intens durerile. Şi, fiindcă vorbim de copii, nu este ciudat că acelaşi părinte are tendinţa de a supraevalua gravitatea durerilor la copilul mic şi de a le minimaliza la cel de vîrstă preşcolară ori şcolară ? Nu este la fel de surprinzătoare diferenţa flagrantă pe care o observăm adesea între comportamentul bunicilor şi aceea a părinţilor faţă de copilul cu dureri, primii supraevaluîndu-le, iar cei din urmă, tinzînd să le conteste ? Dacă aspectele semnalate sînt reale, cum rămîne cu obiectivitatea imaginii pe care ne-o facem despre durerea altcuiva ? Vrînd, nevrînd, trebuie să recunoaştem că această imagine diferă de realitate mult mai mult decît am putea crede. Aceasta în pofida faptului că mulţi dintre factorii care determină calitativ şi cantitativ percepţia dureroasă sînt asemănători celor care intervin în alcătuirea imaginii celor din jur, numai că acţionează în direcţii diferite. Recunoaşterea diferenţei menţionate ne pune la adăpost de greşeli dăunătoare celui aflat în suferinţă şi, în acelaşi timp, ne creează posibilitatea să-i fim cu adevărat de folos.

În încheiere, subliniez că cele afirmate în legătură cu durerea fizică sînt la fel de adevărate şi de folositoare în cazul durerilor sufleteşti, durere cu atît mai greu de măsurat sau de apreciat, cu cît nici măcar stimulii care-i dau naştere nu dispun de însuşiri care să se preteze la măsurători cît de cît exacte.

MEMORIA MEDICINII

— În anul 1520 Paracelsus, unul din reformatorii medicinii, a inaugurat, la Basel (Elveţia), cursurile sale de fizică şi chirurgie, cu această ocazie arzînd operele lui Galen şi Avicenna, care, în practica lor, nu ţineau deloc seamă de observaţia bolnavului. El era unul dintre adepţii preceptelor lui Hipocrate, care, printre altele, recomanda, înainte de toate, „să observi bolnavul".

— În anul 1628 apariţia unei foarte modeste cărţi, de 72 de pagini, foarte prost imprimată, provoacă un mare scandal. Această carte, intitulată *„De motu cordis"* (Despre mişcările inimii), era scrisă de un medic englez, pe nume William Harvey. În carte era descrisă pentru prima dată circulaţia sîngelui şi rolul inimii. Pînă atunci, începînd cu Galen, se spusese că inima este sediul sufletului, al sentimen-

telor şi „principiilor" vitale, iar ficatul, un rezervor de sînge. Printre criticii lui Harvey se număra şi Guy Patin, decanul Facultăţii de Medicină din Paris, care avea însă să devină, mai tîrziu, unul dintre cei mai cunoscuţi practicieni în tratamentul bolilor cu ajutorul sîngerărilor. Această metodă terapeutică se folosea mai în toate bolile, începînd cu cele ale sugarilor şi terminînd cu ale vîrstnicilor. Pe vremea cînd Patin critica teoria circulaţiei sîngelui, spunea despre această carte că este cea mai inutilă teorie a medicinii şi totodată dăunătoare. În anul 1647, unul dintre medicii doamnei Sévigné, pe nume Jean Pecquet, a confirmat, prin numeroase experienţe, valabilitatea teoriilor lui Harvey.

— În anul 1661, medicul şi anatomistul italian Marcello Malpighi completează descoperirile lui Harvey, descriind capilarele, nişte vase de sînge extrem de subţiri, care leagă arterele de vene, observînd chiar, la microscop, cum sîngele circulă prin ele. În acelaşi timp, el a văzut şi globulele roşii (hematii), pe care le va descrie însă mai tîrziu, în anul 1666. Malpighi a fost cel dintîi anatomist care a folosit microscopul.

— În anul 1761, medicul austriac Leopold Auenbrugger, într-o lucrare intitulată *„Inventu Novum"*, expune o nouă metodă de diagnostic : *percuţia.*

— În anul 1776 Lavoisier îşi sfătuia prietenii să deschidă cît mai mult ferestrele, după ce a descoperit că aerul pe care îl consumă organismul conţine oxigen, iar acela pe care plămînii îl elimină, bioxid de carbon.

— În anul 1819, medicul francez Théophile Laennec descoperă o nouă metodă de diagnostic : *auscultaţia.*

— În anul 1898 G. Marinescu realizează, împreună cu C. M. Popescu, la Spitalul Pantelimon, primele filme de cercetare ştiinţifică turnate în lume.

— În anul 1899 este introdusă în terapeutică *Aspirina*, denumire comercială şi oficială în multe ţări a acidului acetilsalicilic, descoperit de către chimistul german Felix Hoffmann.

— În anul 1901 medicul austriac K. Landsteiner descoperă grupele sanguine, pentru care va primi, în 1930, Premiul Nobel.

— În anul 1921 ia fiinţă la Bucureşti Institutul de seruri şi vaccinuri „Dr. I. Cantacuzino".

Dr. Sabin Ivan

UMOR străin

Un literat se sfătuieşte cu soţia sa :

— *Emilia, eu tocmai am ajuns la descrierea scenei în care doamnele discută despre modă. Tu nu-ţi aminteşti, ce purtau oare, femeile, acum trei decenii ?*

— *Păi cum, tu nu ştii ? Aceeaşi rochie cu care mă vezi îmbrăcată şi azi.*

Două prietene tinere stau la taifas :

— *Ştii ce interesant e ca să fii măritată cu un pictor ? ! El pictează privind la mine, iar eu gătesc, uitîndu-mă la tabloul lui ; pe urmă stăm şi ghicim, împreună, ceea ce a ieşit, fiecăruia dintre noi.*

Un pacient la consultaţie :

— *În fiecare dimineaţă, soneria de la ceasornicul deşteptător influenţează asupra mea, la fel ca o împuşcătură de armă...*

— *Iar dv. săriţi în sus, chiar în aceeaşi clipă ?*

— *Da' de unde ! Eu stau aşa, întins, ca un om împuşcat...*

Medicul, după consultarea artistului de circ, înghiţitor de săbii :

— *Acum dv. ar trebui să ţineţi dietă strictă. Daţi-le încolo de săbii, spade şi tot felul de suliţi. Ca regim, vă puteţi permite : cuţitaşe de manichiură, bricege, lame de ras, bisturie...*

O femeie în vîrstă intră la farmacie şi întreabă :

— *Spuneţi-mi, vă rog, la dv. s-ar putea găsi* acid acetilsalicilic ?

— *Dv. vreţi să spuneţi „Aspirină", probabil ? — o întreabă farmacista.*

— *Da, într-adevăr, Aspirină. Întotdeauna uit această denumire...*

Mulţumiri :

— *Doctore, îmi permiteţi să vă mulţumesc pentru tratamentul excepţional aplicat de dv...*

— *Da, dar eu nu v-am tratat niciodată !*

— *E adevărat ! Însă dv. l-aţi tratat pe unchiul meu, iar eu am rămas unicul moştenitor !*

În timpul ciorovăielii, soţia strigă, cu vehemenţă, la bărbatul ei :

— *Drept să-ţi spun, mai bine m-aş fi măritat cu Scaraoţchi, decît să te fi luat pe tine !*

— *Aşa ceva este cu desăvîrşire exclus !* — *a parat imediat soţul ofensat.* — *Căsătoriile între rude apropiate sînt complet interzise !*

În salonul de chirurgie :

— *Soră, ce avem de făcut astăzi ?*

— Două operații ușoare : accident de automobil și traumatism în producție, și una foarte grea : un soț care a refuzat să spele vasele...

Chirurgul își încurajează pacientul, cînd acesta s-a trezit după operație :

— Operația a reușit excepțional !

— Mulțumesc, doctore ! Dar eu am intrat în sala de operații numai pentru ca să repar gura de apă...

Între soți :

— Eu am rămas, pur și simplu, înmărmurit de mirare ! — se adresează bărbatul către nevastă-sa, cam guralivă. — Cum de ai reușit tu să termini convorbirea numai în 20 de minute !? Oare, s-a întîmplat ceva cu tine ?

— Am format, din eroare, alt număr de telefon.

Un marinar, după ce a navigat pe toate oceanele și mările lumii, și-a tatuat pe spinare harta lumii. Îmbolnăvindu-se, s-a dus să consulte un medic :

— Dar unde vă doare ? — s-a interesat medicul.

— Doctore, drept să vă spun, în Brazilia...

Un medic tînăr, însurat nu demult, este chemat la telefon de colegii săi și invitat la o partidă de bridge :

— Chemare urgentă ! — a exclamat medicul, punînd receptorul în furcă.

— Este ceva extrem de grav ? — a întrebat tînăra lui soție, neliniștită, văzîndu-și soțul îmbrăcîndu-se grăbit.

— Da, extraordinar ! Trei medici sînt deja acolo și mă așteaptă.

Recomandare :

— Dumneavoastră trebuie să dormiți nu pe partea stîngă, ci pe partea dreaptă, — recomandă medicul unei paciente.

— Aceasta-i imposibil, doctore ! Soțul meu vorbește în somn, iar eu aud prost cu urechea stîngă !

Culese, selectate și traduse din limba rusă de :
ALEXEI NICOLESCU

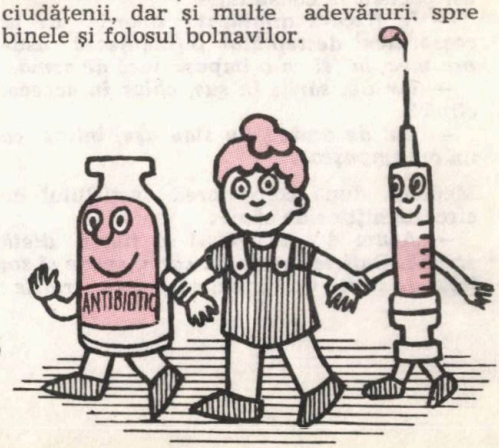
MEDICAMENTELE la sfat

În plină tăcere a nopții, la ceas de taină, cînd toată firea se odihnește, undeva, poate într-o farmacie (care în această noapte nu este de serviciu), poate într-un depozit de medicamente, poate într-o trusă medicală, poate oriunde, se aude un zgomot ușor... de medicamente.

Adunate la sfat, în jurul unei mese (poate dreptunghiulară, dar mai degrabă rotundă, da, da, masă rotundă !), comprimatele, pilulele, capsulele, drajeurile, fiolele, pulberile, flacoanele și ceaiurile din plante medicinale au hotărît să-și spună păsurile. Aveau foarte multe de spus. Și vrute și nevrute. Multe din ele fuseseră criticate de unii bolnavi nemulțumiți de rezultatul tratamentelor făcute. Altele fuseseră date în tărbacă de tot felul de neștiutori care le foloseau „după ureche", fără să fi întrebat pe vreun medic cum să procedeze, iar altele, foarte mîndre, se simțeau flatate de reporteri și ziariști, uneori insuficient documentați, care le lingușeau prin reviste literare, pe ele ca și pe tot felul de șarlatani și excroci ce recomandau, fără competență, cele mai fanteziste tratamente cu te miri ce medicamente.

Unele erau nemulțumite că fuseseră uitate chiar de unii medici mai tineri, altele că nu erau folosite decît rar și nu avuseseră ocazia să-și dovedească eficacitatea.

Și uite așa, a avut loc un mare sfat al medicamentelor, unde au fost aflate multe ciudățenii, dar și multe adevăruri, spre binele și folosul bolnavilor.



Întîmplător mi-a căzut în mînă procesul verbal al acestei şedinţe, redactat de un necunoscut (poate moderatorul mesei rotunde, poate vreun medic care a participat la sfat, poate vreun bolnav iniţiat şi conştiincios, poate o secretară chiar din rîndul medicamentelor). Spicuim din acest proces verbal inedit, momentele cele mai interesante şi convingătoare.

*

Vitamina C era de multă vreme tristă, pentru că, deşi cu acţiune benefică de atîtea ori verificată, a aflat că mulţi bolnavi care au consumat-o au făcut stomatite (inflamaţii ale mucoasei cavităţii bucale, datorite unor cauze infecţioase, alergice sau toxice) şi ulcere gastrice.

Abia la acest sfat a aflat că, de fapt, nu are nici o vină, că marea majoritate a bolnavilor nu ştiu cum se face un tratament cu vitamină C.

● În primul rînd, de cele mai multe ori nu sînt necesare mai mult de 2 tablete de vitamină C_{200} pe zi, orice cantitate superioară acesteia fiind eliminată din organism.

● Tabletele de vitamină C nu trebuie supte pentru că vitamina C (acidul ascorbic) irită mucoasa bucală şi poate să dea stomatite ; dar nici nu trebuie înghiţite întregi, pentru că, aşezate pe mucoasa gastrică, pot să o roadă şi să dea un ulcer gastric, mai ales dacă mucoasa este deja inflamată printr-o gastrită mai veche, alcoolică sau nu. Vitamina C trebuie înghiţită cu puţină apă, după ce a fost sfărîmată. Nu se dizolvă. Se bea suspensia.

● Şi mai e ceva : fiolele de vitamină C sînt foarte des înghiţite. Or, ele sînt astfel prelucrate chimic, ca vitamina să se absoarbă în organism pe calea injecţiilor intramusculare sau intravenoase, nu pe cale digestivă, cînd este eliminată în întregime, fără să fie utilizată.

Luînd cuvîntul la sfîrşitul discuţiei care o privea, fericită că nu i s-a găsit nici o vină, a anunţat pe viitorii consumatori că le stă la dispoziţie după boli infecţioase sau gripe, cînd organismul consumă mai multă vitamină C decît în mod normal, precum şi în asteniile „de primăvară", cînd organismul iese din iarnă cu un oarecare deficit de vitamină C.

*

Aspirina a avut şi ea necazuri cu problemele ei. Ba că a dat sîngerări (hemoragii gingivale şi nazale), ba că a dat ulcere gastrice, ba că „a atacat" inima, ba că nu a ajutat în tratamentul gripei, ba că nu a calmat o durere de dinţi sau de cap.

Bineînţeles că toate acestea s-au întîmplat (şi încă destul de des), dar să vedem cum şi de ce.

● Aspirina poate să dea sîngerări. După un tratament care durează mai multe zile, pot să apară epistaxisuri (hemoragii nazale) sau hemoragii gingivale, pentru că Aspirina scade coagulabilitatea sîngelui, favorizînd sîngerarea. Acesta este şi motivul pentru care, în ultimul timp, a fost administrată în preinfarctul şi infarctul miocardic, în profilaxia infarctului la bolnavii coronarieni, în tromboze şi tromboflebite, unde trebuie împiedicată formarea cheagurilor sanguine.

● Ca şi vitamina C, Aspirina (acid acetilsalicilic) poate să fie nocivă pentru o mucoasă gastrică anterior iritată ; s-a constatat, într-adevăr, apariţia unor ulcere gastrice după tratamente îndelungate cu Aspirină.

● *Ca şi Piramidonul, Aspirina nu atacă inima.* A fost adesea folosită în reumatismul infecţios al copiilor şi adolescenţilor. Efectul antiinflamator asupra articulaţiilor a fost neînsemnat în numeroase cazuri, deoarece dozele de Aspirină au fost insuficiente. Reumatismul infecţios este o boală care „linge articulaţiile şi muşcă inima". Nereuşind să vindece reumatismul articular, Aspirina nu a reuşit să împiedice extensia bolii asupra inimii şi astfel a apărut endocardita reumatismală, urmată mai tîrziu de afecţiuni cardiace, mai mult sau mai puţin grave, urmare a endocarditei (stenoză mitrală, insuficienţă mitrală, insuficienţă cardiacă). În aparenţă Aspirina a fost cauza bolii de inimă. De fapt boala de inimă a apărut după Aspirină (sau Piramidon), dar nu din cauza acesteia, ci pur şi simplu pentru că tratamentul nu a fost aplicat în doză suficient de mare ca să oprească procesul inflamator la articulaţii.

● Aspirina este unul din medicamentele indicate în gripă, dar firească că nu poate să fie de nici un folos dacă se ia un comprimat pe zi, timp de 2–3 zile, sau 3 comprimate, o singură zi. Tratamentul trebuie aplicat cel puţin 4–5 zile, ca să poată avea efect, şi nu doar un singur comprimat pe zi.

● Acelaşi lucru se poate spune şi pentru calmarea unor dureri. Pentru durerile de dinţi acţiunea de calmare nu trebuie să înlocuiască tratamentul unei carii sau al unui abces dentar, ci să permită bolnavului să sufere mai puţin pînă la intervenţia stomatologului. În ceea ce priveşte durerea de cap, trebuie descoperită şi tratată cauza durerii, mai ales cînd aceasta se repetă, este intensă şi nu cedează după 1–2 comprimate de Aspirină.

În concluzie, Aspirina este un medicament excelent, la îndemîna oricui, cu condiţia să se ştie *cum* şi *pentru ce* este luat.

*

Insulina era supărată pe foarte mulţi bolnavi de diabet, fiindcă aceştia o acuză că nu i-a ferit de complicaţii oculare (retinită, pierderea vederii), renale (scleroze renale), neurologice (nevrite, polinevrite) sau arteriale (cerebrale, coronariene, amputaţii pentru gangrenă). Colegele ei farmaceutice au asigurat-o că îşi face pe deplin datoria şi că nu are nici o vină pentru faptul că bolnavii nu respectă, cu strictеţe, regimul antidiabetic

prescris de medic. Insulina nu face decît să suplinească lipsa insulinei care nu mai poate fi secretată de pancreasul endocrin, parțial sau aproape în întregime distrus. Fără insulină, diabeticul dependent de acest medicament nu ar putea să trăiască. Dar diabeticul este obligat să știe și să-și amintească mereu că tratamentul cu insulină nu-l scutește de regim. Nici de abateri mărunte de la regim. Orice nerespectare a regimului se plătește cu complicații din cele mai neplăcute, mai grave, ireversibile, și uneori cu viața. Este mult mai ușor pentru bolnavul neconștiincios să afirme că insulina nu este eficace, decît să recunoască faptul că, nerespectînd regimul, el este singurul vinovat de complicațiile neplăcute de care a ajuns să sufere.

*

A luat apoi cuvîntul *Hipazinul* (în numele medicamentelor antihipertensive), încercînd să se apere de afirmația multor bolnavi de hipertensiune arterială că iau de pomană Hipazinul, pentru că nu le scade tensiunea. Și a avut perfectă dreptate cînd — în aplauzele asistenței — și-a pledat cauza, afirmînd că :

● unii bolnavi de hipertensiune iau medicamentul 3—4 zile și apoi îl abandonează, cînd este știut că acesta trebuie luat permanent, în dozele pe care medicul le prescrie, în funcție de cifrele tensiunii arteriale ;

● unii bolnavi iau Hipazin cu mai multă sau mai puțină regularitate, dar continuă să-și săreze mîncarea „ocnă" sau „potroacă", în loc să reducă sau să suprime sarea din alimentație ;

● unii bolnavi continuă să depună eforturi obositoare și să nu ia nici o măsură pentru a-și calma sistemul nervos iritat sau obosit de emoții, stresuri, griji, supărări, enervări ;

● unii bolnavi nu consultă cu regularitate pe specialistul cardiolog, care trebuie să supravegheze bolnavul, să-i controleze tensiunea arterială și să corecteze condițiile medicale, sociale și familiale în care evoluează bolnavul ;

● unii bolnavi continuă să fumeze și să consume alcool, factori care nu numai că întrețin hipertensiunea, dar o și agravează ;

● unii bolnavi continuă să-și agraveze obezitatea, mîncînd tot timpul, fără discernămînt (nu se „hrănesc", ci „înfulecă" orice), și pe care îi vezi cu gura plină și la serviciu, și pe stradă, cu o nesimțire care îi face să nu-și mai dea seama că fiecare gram adăugat în plus înseamnă scurtarea vieții cu cine știe cîte zile.

*

Hidrazida (acidului izonicotinic), care are o părere foarte bună (dealtfel unanimă) despre acțiunea ei favorabilă împotriva tuberculozei, este foarte nemulțumită. Pe de o parte pentru că multă lume o folosește ca să se îngrașe, pe de altă parte pentru că sînt mulți bolnavi de tuberculoză care caută să o evite și o suprimă din tratament, pe motiv că determină îngrășarea acestora.

De aceea a încercat — cu succes — să explice că nu are decît acțiune tuberculostatică, adică în colaborare cu alte medicamente (Streptomicină, Rifampicină, Etambutol, Pirazinamidă) reușește să oprească creșterea și înmulțirea bacilului Koch, permițînd apoi organismului să lichideze cu propriile-i mijloace de luptă infecția tuberculoasă. Ameliorînd și apoi vindecînd tuberculoza, dispare lipsa poftei de mîncare (unul din simptomele tuberculozei) ; în consecință, este normal că bolnavul începe să mănînce cu poftă și să crească în greutate (din care pierduse la începutul bolii), ajungînd la greutatea utilă (în raport cu înălțimea) sau depășind-o chiar, dacă continuă să mănînce mai mult decît este necesar organismului. Supraalimentația (la modă cu 60—70 de ani în urmă) nu numai că nu este favorabilă unui bolnav de tuberculoză, dar este chiar nocivă, în măsura în care „obosește" ficatul și determină tulburări ale mecanismelor aparatului respirator și circulator.

În încheiere, a propus ca oameni sănătoși sau slabi din alte cauze decît tuberculoza să încerce să ia Hidrazidă, ca să se convingă că nu se îngrașă.

*

Deosebit de numeroase au fost protestele *Antibioticelor*, care au și avut de ce să fie nemulțumite.

Au afirmat că majoritatea oamenilor sînt lipsiți de educație... sanitară, că nu cunosc modul de acțiune a antibioticelor, că nu știu cînd să le ia, că nu știu cum să le ia, că nu știu cît timp să le ia, că nu știu pentru ce boli să le ia și că nu știu care este antibioticul cel mai potrivit ce trebuie luat pentru o anumită boală.

Erau supărate mai cu seamă Penicilina și Biseptolul, că nepricepuții le folosesc pentru cel mai neînsemnat guturai, pentru o ușoară creștere a temperaturii, pentru o gripă (atît de frecventă în anotimpul rece), pentru o durere toracică sau abdominală, pentru tuse, pentru o durere de cap.

Apoi erau nemulțumite că lumea încă nu știe că antibioticele nu au nici o acțiune în viroze și că sînt indicate numai în infecțiile datorate microbilor. Că oamenii ori înghit o tabletă de Biseptol într-o zi (și gata !), ori una pe zi, timp de 2—3 zile, ori una pe zi, timp de 10—15 zile, ori 3 tablete timp de 2 zile, ori tot felul de scheme, una mai fantezistă ca alta, una mai nelogică decît alta, una mai ineficace ca alta, una mai personală ca alta.

Toate antibioticele au căzut de acord să se trimită o moțiune tuturor farmaciștilor, ca aceștia să nu mai elibereze nici un medica-

ment din familia lor fără prescripția medicului, dar și fără indicația pe rețetă asupra felului cum trebuie luat.

În continuare, citățm : „...noi sîntem foarte bune, dar numai dacă sîntem folosite pentru bolile în care reușim să luptăm cu microbii, împiedicîndu-le dezvoltarea. Și degeaba sîntem înghițite dacă nu sîntem folosite în doze suficient de mari și timp suficient, ca să putem să ne adunăm în concentrație suficientă în sîngele bolnavului, luptînd astfel cu succes împotriva infecției".

S-a mai discutat și despre apariția microbilor rezistenți la antibioticele care nu sînt folosite în cantitate suficientă și timp destul, rezistență urmată de pericolul unei recidive sau a unei infecții care, în aceste condiții, nu ar mai putea fi stăpînită sau controlată.

Moderatorului mesei rotunde i-au mai parvenit niște bilețele semnate de diverse antibiotice, care fie că nu au îndrăznit, fie că le-a fost rușine, nu au putut să spună cu voce tare că există și unii medici care prescriu antibioticele „cu lopata", în cantități umoristice, fără discernămînt, pentru orice boli. Respectăm discreția acestor antibiotice și apreciem gestul redactorului procesului verbal de a nu fi consemnat aceste ciudățenii în rezumatul discuțiilor. Poate că aceste rețete vor fi fost scrise la insistențele și comenzile exasperante ale unor bolnavi cu păreri personale despre medicină și care sînt convinși că știu mai multă medicină decît medicii pe care îi consultă.

Să nu omitem intervenția bicarbonatului de sodiu, care a cerut să fie popularizat în rîndul celor care consumă antibiotice (mai ales peniciline *peroral),* ca aceștia să-și clătească gura de mai multe ori pe zi cu soluția 10‰ (de bicarbonat de sodiu), ca — prin alcalinizarea cavității bucale — să fie evitată apariția unor infecții ale mucoasei bucale cu ciuperci de tipul *Candida* sau *Oidium.*

★

Cînd s-a dat cuvîntul medicamentelor *antiacide* și *antiulceroase* (Calmogastrin, Ulcerotrat și altele), s-a aflat că acestea își dau toată silința să vindece gastritele acute și gastritele cronice, ulcerele gastrice și duodenale, dar că toată strădania lor este inutilă în numeroase cazuri, și anume la bolnavii care nu respectă regimul prescris sau care mănîncă în goană, aproape pe nemestecate, la ore neregulate. Sigur că aceste medicamente nu dau rezultatele așteptate dacă în același timp bolnavii nu evită Aspirina, Alindorul, Fenilbutazona, vitamina C, preparatele din cortizon, dacă alimentația bolnavilor continuă să fie ori foarte fierbinte, ori foarte rece (de la gheață), dacă nu se suprimă condimentele (piper, boia, ardei iute), alimentele acre (gogoșari în oțet, murături acre), mezelurile, afumăturile, grăsimile prăjite și, mai ales, fumatul și alcoolul (indiferent că este vorba de „tării", sau de vin, sau bere). Ultimele două vicii sînt dușmanii de moarte ai acestor bolnavi și lasă impresia falsă că medicamentele nu au nici o valoare, că nu ameliorează durerile, grețurile, vărsăturile, lipsa poftei de mîncare și nici nu previn complicațiile (hemoragii, perforații).

★

La un moment dat, deoarece se înscriseseră la cuvînt prea multe medicamente și sfatul ar fi durat peste timpul propus, s-a hotărît să se discute probleme generale care, bineînțeles, interesau diferite categorii de medicamente.

● S-a vorbit despre bolnavii de hepatită cronică și ciroză, care consumă inutil *Mecopar, Silimarin* și a căror boală se agravează progresiv, pentru că alcoolul pe care continuă să-l consume nu poate decît să-i grăbească spre sfîrșitul inevitabil.

● De asemenea, despre bolnavii de bronșite cronice, care oricîte antibiotice și medicamente contra tusei ar lua, nu reușesc să-și potolească tusea, pentru că nu renunță, în același timp, și la fumat, aproape singura măsură înțeleaptă de luat în asemenea cazuri și care de cele mai multe ori poate să amelioreze și chiar să vindece boala.

● În aceeași situație se află și bolnavii cu vase alterate (arterite obliterante ale membrelor inferioare, artere coronare bolnave, artere cerebrale patologice), care dacă ar renunța la tutun ar putea să scape de multe necazuri, dar pe care o singură țigară în plus poate să-i împingă ușor spre amputație (din cauza gangrenei), spre infarct miocardic (din cauza trombozei vaselor coronare) sau spre paralizii (prin infarct cerebral din cauza trombozării vaselor cerebrale).

Ultimele, dar nu și cele mai lipsite de importanță, au luat parte la cuvînt *ceaiurile din plante medicinale.* După ce au amintit că de sute și mii de ani au fost folosite cu succes de strămoșii bolnavi ai oamenilor de azi, care au uitat să le întrebuințeze, au arătat că nu sînt deloc toxice, că fitoterapia (adică tratamentul cu plante) este în prezent un capitol al terapeuticii, un stîlp al medicinii naturiste, că medicii le recomandă din ce în ce mai des și că stau la dispoziția celor care suferă de boli de stomac, intestinale, hepatice, renale,

neurologice, de nutriție și de tot felul de alte boli, în care uneori înregistrează succese mai mari decît suratele lor ce au trecut prin prelucrări fizice și chimice din cele mai variate, înainte de a fi transformate în preparatele farmaceutice atît de bine cunoscute, dar nu totdeauna bine utilizate.

★

O comisie de cenzori a dat apoi citire efectelor adverse date de unele medicamente, fenomenelor alergice apărute uneori, fenomenelor toxice survenite după abuzul de medicamente, contraindicațiilor mai importante, incompatibilităților, dar nu este cazul ca toate acestea să fie reproduse, pentru că figurează în prospectele pe care le conține fiecare ambalaj de medicamente și pentru că nu există medic care să nu le facă cunoscute bolnavilor cînd le prescriu acestora medicamentele.

La sfîrșit, s-a stabilit că următorul sfat va fi ținut la o dată ce va fi anunțată ulterior, în presa de specialitate, probabil peste un an.

Pt. conformitate,

Nicolae Evian
MEDIC PRIMAR
Doctor în științe medicale

~HAZOTERAPIE~

La medic

— Doctore, sînt îngrijorată ! Soțul meu scoate fum pe nas !

— Nu trebuie să fiți îngrijorată, așa fac fumătorii !

— Da, dar soțul meu nu fumează !

Discuție între doi amici

— Acum mă scol în fiecare dimineață la ora cinci, cînd se transmite la radio programul de gimnastică.

— Splendid ! Deci, în fiecare dimineață faci gimnastică ?

— Nu eu, ci o tînără din blocul de vizavi.

Între prieteni

— De ce ai trecut pe partea cealaltă cînd l-ai văzut pe doctor ?

— Mi-a fost rușine ; de ani de zile n-am mai fost bolnav !

Medicul la un sportiv grav bolnav

— Mda ! Ai 39 cu 9, — îi spune el, citind termometrul.

— Și cît e recordul mondial ? — șoptește, abia trăgîndu-și sufletul, bolnavul.

Dialog

— Domnule doctor, ce mi-ați prescris pe rețetă, că nu înțeleg nimic ?

— V-o dezleagă farmacistul din colț. Este și rebusist...

La psihiatru

— Mă bucur că, în sfîrșit, v-ați însănătoșit și că nu vă mai credeți Napoleon, — îi spune medicul psihiatru unui pacient. — Vă doresc numai bine.

— Vă mulțumesc din suflet, — răspunde acesta. — Dar aș vrea să vă mai întreb un singur lucru : oare va trebui să-i plătesc pensie alimentară Iozefinei ?

Un bacteriolog îi spune soției :

— Draga mea, am o surpriză pentru ziua ta de naștere.

— Drăguț din partea ta ! Care-i surpriza ?

— Am botezat un virus cu numele tău...

La oftalmolog

— Trebuie să evitați băutura. Alcoolul slăbește substanțial vederea.

— Atunci eu sînt o fericită excepție. Dacă beau două-trei sticle de vin, încep să văd chiar dublu.

Profesorul și studenta

— Care este funcția ficatului ?

— Circulația sîngelui.

— Atunci care mai este funcția inimii?

— Dragostea, domnule profesor !

La un sanatoriu

— Ne vom da silința, — îi spune sora, — să vă simțiți ca acasă.

— Vai de mine ! Și eu care venisem aici să mă odihnesc...

Culese și selectate de : PIA HAȚEGANU
MEMBRĂ A CENACLULUI „LUCIAN BLAGA"

PROVERBE ..... și sfaturi

— **Năravul din fire n-are lecuire... dar fumatul are !**

— **Nici usturoi nu a mîncat, nici gura nu-i miroase... pentru că se spală pe dinți !**

— **Cunoaște-te pe tine însuți... controlîndu-ți sănătatea !**

— **Ochii văd, inima cere... s-o controlezi din cînd în cînd !**

— **Nu tot ce zboară se mănîncă... dar tot ce se mănîncă se mestecă bine !**

— **Bătrînețe haine grele... dacă nu te îngrijești la tinerețe !**

— **Rabdă inimă și taci... dar tot mai bine e să mergi la doctor !**

— **Cine poate oase roade, cine nu nici carne moale... fiindcă nu și-a îngrijit la timp dinții !**

— **Lăcomia strică omenia... dar și stomacul !**

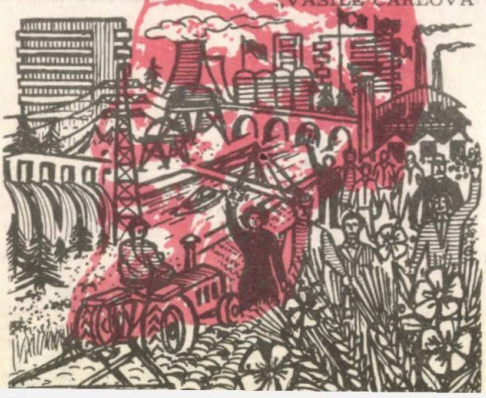
— **Nu te lega la cap dacă nu te doare... iar dacă te doare cheamă doctorul !**

I. MURGAN

Sănătatea pămîntului

Prin colbuite milenii
Urcăm mereu din adînci
Fîntînile neamului...
Stingem arșița durerilor
Cu roua pămîntului...
Din Carpații cărunți
Coborîm pe trepte de faptă...
Venim tot mereu,
Purtînd pe umeri
Mîndria lui Burebista,
Cît un munte...
Tăria lui Decebal
Ne flutură pe frunte...
Deasupra copiilor,
Duhul străbunilor
Și frumusețea femeilor dace...
În lung și în lat
Brăzdăm zările,
Cu plugul viitorului curat,
Răsădind mereu în hotare
Pîinea și florile...
Sănătatea pămîntului !

ELENA LEONORA FRUGINĂ
MEMBRĂ A CENACLULUI CULTURAL-PATRIOTIC „VASILE CÂRLOVA"



EPIGRAME

Unuia care bea... sănătos

Deși bei mereu tărie,
Constatăm că n-ai nimic :
N-ai nici casă, nici soție,
Sănătate... nu mai zic !

Unei femei obeze

— Mișcare printr-un sport de masă
Ți-am spus să faci. N-ai dat urmare!
— Dar am făcut și sînt mai grasă ;
Și șahul doar constă-n mișcare !

Ineficiență

— Ca s-ajungi la 70
Te lași de fumat pe veci !
— Sfatul tău nu-l pot urma ;
Anii ăștia-i am deja.

Antinicotinică

Îi aud pe mulți că spun :
„S-ai răbdare și tutun".
S-ai răbdare ? În ce fel ?
Poate să renunți la el.

Unui obez

Medicul i-a indicat
Vegetalele ca bază
Și de-atuncea ne-ncetat
Vegetează... vegetează...

TEODOR FRASIN

EPITAFURI

Unui beţiv

Noapte după noapte,
Ai băut cît şapte ;
Nopţi pierzînd, copile,
Astăzi mori cu zile.

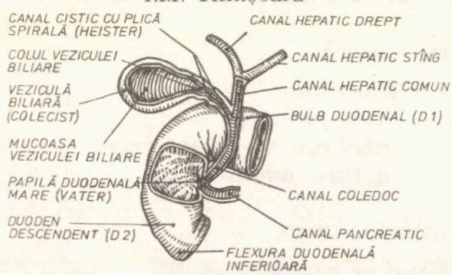
Avarului

Cum e moarte iminentă,
Ar dori-o aparentă ;
Să se scoale-ncetinel,
Să ia banii după el.

TEODOR FRASIN

COLECISTITE (ACUTE) NELITIAZICE LA COPIL

PROF. DR. **LOUIS TURCANU**
I.M. Timişoara



Inflamaţia, urmată de multe ori de dilataţia căilor biliare extrahepatice, nu constituie o raritate excepţională la copii.

Tulburarea interesează cu predominanţă coledocul, dar poate prinde ascendent şi celelalte segmente ale căilor biliare (canalul cistic, vezicula biliară etc.) (fig. 1).

Ansamblul acestui proces inflamator constituie angiocolita **şi** angiocolecistita.

Cauza principală a acestei afecţiuni o constituie infestaţia sau/şi infecţia.

Punctul de plecare îl reprezintă duodenita (de obicei) lambliazică, care prin deficit de imunitate tisulară locală poate asocia şi infecţii cu colibacili, coci piogeni ş.a. Elementul favorizant al infecţiei ascendente (spre căile biliare superioare) îl constituie diskinezia biliodigestivă, adică perturbarea dinamicii peristaltice caracterizată prin alternanţă de spasme şi dilataţie cu stază biliară.

La aceste cauze mai putem adăuga anomalia anatomică (stenoze, diverticuli), adenopatia mezenterică (şi a hilului hepatic), hepatite virale. Unii autori citează, drept cauză, şi hiperplazia primitivă a mucoasei veziculare.

La aceste cauze s-ar putea adăuga mucoviscidoza (fibroza chistică de pancreas), pancreatite cronice, fibroză retroperitoneală.

Debutul se traduce de obicei printr-un mare tablou infecţios (febră, frison, alteraţia stării generale), absenţa localizării infecţioase, dureri în hipocondrul drept, decolorarea scaunelor, aspect destul de acut, cu durere abdominală, vărsături, febră. Nu rareori se asociază cu subicter, fără ca explorările hepatice să sugereze hepatită. Examenul medical permite decelarea (descoperirea) unei apărări musculare în hipocondrul drept, uneori simulînd o formaţie tumorală şi chiar orientînd spre intervenţie chirurgicală (în aceste cazuri s-a găsit dilataţia vezicii biliare). Explorarea biologică arată semne de inflamaţie (leucocitoză): tubaj duodenal, cu bilă A-B-C tulbure, vîscoasă, leucocite şi epitelii, prezenţa de lamblii şi microbi.

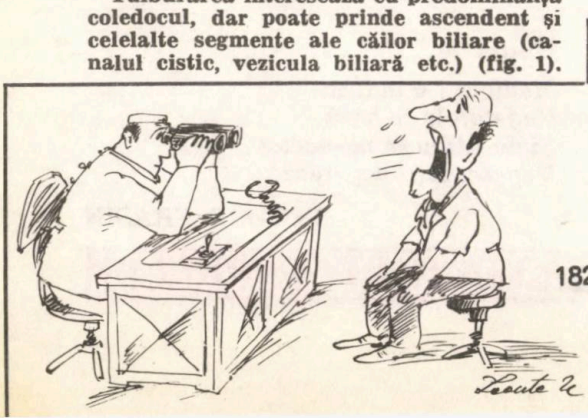
Evoluţia este cronică, cu puseuri de acutizare. Se poate complica cu hidrops vezicular, boală diareică trenantă, pancreatită cronică.

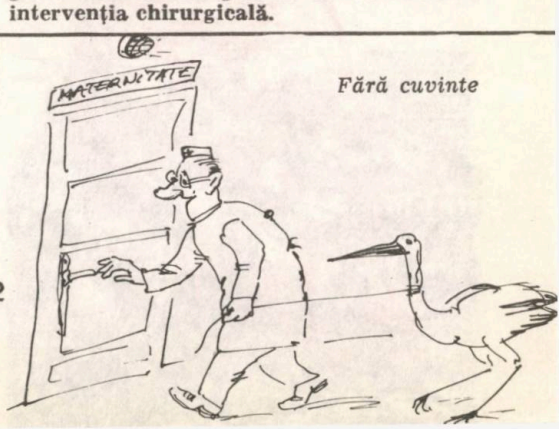
Înainte de instituirea tratamentului trebuie făcut un bilanţ asupra stării sănătăţii bolnavului.

De urgenţă trebuie instituit un tratament antiinfecţios pe cale generală, folosind antibiotice active pe germenii de origine intestinală.

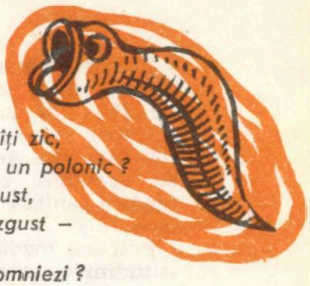
Dacă se instalează un obstacol în scurgerea biliară este posibil să fie necesară intervenţia chirurgicală.

Fără cuvinte





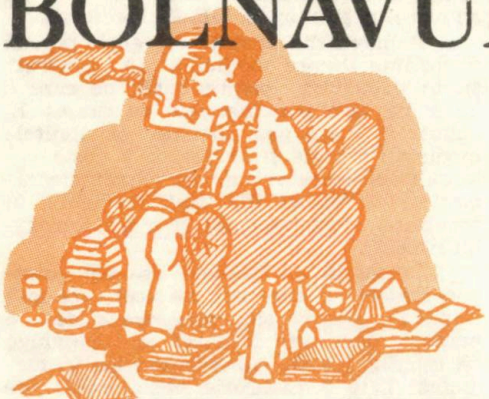
ȚÎNȚARUL și LIPITOAREA



Pe luciul unei ape stătătoare,
Plutește ondulat o lipitoare
Și, în apropiere, în stuf pitit,
Un țînțar anofel s-a cuibărit,
Care, prin exhibiții insolite,
Pe lipitoare vrea să o irite.
Dar, constatînd că fără nici o teamă,
Aceasta, calmă, nici nu-l bagă-n seamă,
Țînțarul nostru, enervat, se pare,
Începe, zeflemist, să-i spună tare :
– Ce faci aici, cumătră lipitoare ?
Aștepți să-ți pice vreun om pe care
Mereu înfometată cum tu ești,
De sîngele din vine să-l golești,
Ca, folosindu-l drept un elixir,
Să faci să-ți crească foima de vampir ?
De ce nu faci ca mine, eu îți zic,
Să sugi un pic de sînge, nu un polonic ?
– Mă, subțirelule, cu cap îngust,
– Grăiește lipitoarea cu dezgust –
Rușine n-ai deloc să fabulezi
Și-n tot ce spui, să mă calomniezi ?
Cînd știut e de orice minte trează,
Că oamenii cu mine se tratează
Căutînd să scape, cum e și firesc,
De globule roșii ce le prisosesc.
Iar unul ca tine cînd l-a înțepat
Otravă din acu-i în corp i-a lăsat,
Ba, mai mult, se știe că omul se plînge
Că țînțaru-i bagă malaria-n sînge.

ION VULPESCU

BOLNAVUL de astăzi



Incontestabil, științele medicale s-au dezvoltat considerabil în ultimele decenii, progresul fiind mai puțin intrinsec (pornit din interiorul „sferei" medicale) și mai ales extrinsec (datorat progreselor uimitoare și rapide înregistrate de științele tehnice, ale căror rezultate au putut fi aplicate în cercetarea și practica medicală).

Biologia, chimia, fizica (cu precădere electronica) au dat un impuls nemaiîntîlnit medicinii universale, într-un ritm fantastic și în probleme de mare complexitate, ceea ce a constituit, pe lîngă partea pozitivă a evoluției, și o latură calitativă nouă, cu serioase implicații în patologia medicală, în psihologia bolnavului și în mentalitatea medicală, iar rațiunea economică a actului medical a devenit o problemă a societății și nu numai a personalului medico-sanitar.

Dar toate cuceririle științei și tehnicii aplicate în medicină se adresează omului (sănătos, atunci cînd ele se aplică în scop preventiv-profilactic, sau bolnav, în cazul îmbolnăvirilor sale).

Dacă altădată bolnavul își încredința suferințele sale fizice și psihice medicului și aștepta, în mod pasiv, părerea acestuia și atitudinea terapeutică de urmat, decizii pe care nu le comenta — medicul fiind pentru el un „supraom" pe care-l privea cu fascinație —, astăzi, odată cu progresele științelor medicale a crescut în paralel și nivelul cunoștințelor în și despre medicină ale bolnavilor, s-a mărit considerabil interesul acestora pentru problemele de sănătate.

Aflînd, prin mijloacele de informare medicală și mai ales prin cele generale (presă, radio, televiziune), o sumedenie de noutăți, bolnavul a căpătat astăzi o nouă mentalitate despre medicină și limitele ei, despre viață și despre moarte.

Astăzi, bolnavul știe, sau așa crede, că moderna aparatură medicală nou creată și larg utilizată în investigarea paraclinică reușește să stabilească, mai ușor și mai exact decît medicul, diagnosticul bolii sale.

În numeroase cazuri raportul dintre bolnav și mijloacele tehnice auxiliare de care se servește medicul pentru un diagnostic și tratament tinde să-l „arunce" spre periferie tocmai pe cel mai important factor din problemă, și anume pe medic.

În continuă schimbare, psihologia bolnavului tinde să se modifice de la o perioadă la alta, în funcţie de evoluţia şi dezvoltarea ştiinţelor medicale şi de ridicarea nivelului general de cunoştinţe — şi cu deosebire a nivelului de cunoştinţe medico-sanitare — al indivizilor societăţii.

Practica medicală arată o varietate de atitudini şi caractere, bolnavii de astăzi încadrîndu-se în diverse grupe tipologice, pe care vom încerca să le trecem în revistă, astfel încît cititorul să se poată recunoaşte în cîteva dintre ipostazele prezentate.

În faţa oricărei suferinţe fizice sau psihice bolnavii se comportă diferit. Cei mai mulţi prezintă medicului pe care-l consultă semnele suferinţei sale la dimensiuni reale, alţii le supradimensionează şi, în sfîrşit, un număr redus de bolnavi le minimalizează sau le ignoră. Dintre aceste trei categorii, cei care vin în cea mai mare măsură în ajutorul stabilirii diagnosticului bolii proprii sînt bolnavii care-şi prezintă semnele bolii cu atîta exactitate, încît medicului nu-i este greu să stabilească cu rapiditate şi chiar cu exactitate diagnosticul prezumtiv (confirmat, atunci cînd este cazul, de unele investigaţii paraclinice).

Bolnavii din cea de-a doua categorie îşi prezintă exagerat suferinţele ; ei speră că prin aceasta vor cîştiga, într-o mai mare măsură, interesul şi compasiunea medicului şi, în consecinţă, un tratament prompt, intensiv şi eficient.

Ei sînt terorizaţi de orice mică suferinţă — în special de cea fizică — pe care nu o mai suportă : doresc să doarmă „la comandă", să le dispară, ca prin farmec, starea de oboseală etc. Pentru orice suferinţă minoră, se prezintă la medic şi solicită medicamente dintre cele mai active şi rapid eficiente. Medicamentul a devenit pentru această categorie de bolnavi o soluţie imediată („la comandă") a menţinerii stării de sănătate.

Cea de-a treia categorie — adevărat, destul de redusă procentual — este reprezentată de bolnavii care voit sau din ignoranţă ascund sau minimalizează unele suferinţe ale fizicului sau psihicului lor ; fie că fac aceasta cu bună ştiinţă, pentru a nu fi internaţi într-un spital, fie pentru a nu fi privaţi de practicarea profesiei care le impune o stare perfectă de sănătate (conducători auto, aviatori, lucrători în siguranţa circulaţiei pe căile ferate), fie că, din cauza unei educaţii sanitare insuficiente, ascund sau minimalizează semnele bolii, încercînd chiar să inducă în eroare medicul în precizarea diagnosticului. Procedînd astfel, bolnavii greşesc, făcînd să se piardă „timpi utili" din evoluţia unor boli ; astfel, ignorarea unor dureri precordiale, coroborată cu efortul fizic şi psihic susţinut impus de profesia bolnavului, a făcut ca în scurt timp să apară ceea ce ar fi putut fi preîntîmpinat, şi anume *infarctul miocardic*.

După nivelul cunoştinţelor sanitaro-medicale, bolnavii se împart în trei mari categorii, şi anume : a) cu un bagaj de cunoştinţe crescut ; b) cei ce „cred că ştiu mult" despre starea patologică sau de sănătate a organismului uman ; c) cei cu adevărat neştiutori în tainele medicinii.

a) Bolnavii din această categorie posedă cunoştinţe despre medicină „în general" şi, în particular, despre boala pe care o au şi pe care şi-o îngrijesc cu succes. Ei cunosc în mare posibilităţile şi limitele medicinii actuale şi apreciază la justă valoare rolul aparaturii moderne „ultratehnicizate", ca factori adjuvanţi medicului în precizarea diagnosticului şi a tratamentului necesar.

b) Categoria de bolnavi aşa-zişi „atotcunoscători" îi cuprinde pe acei care lasă impresia, afirmă sau procedează de o manieră prin care încearcă să-i convingă pe cei din jur de cunoştinţele lor în medicină. Este o categorie periculoasă de bolnavi, deoarece daunele pe care le pot provoca printr-o astfel de atitudine nu se repercutează numai asupra lor, ci şi asupra celor din jur, cărora încearcă să le recomande, cu o aparentă competenţă, tratamente din cele mai diverse (tratamente ce pot fi nu numai ineficiente, dar şi dăunătoare). Sînt bolnavi care recomandă şi altora tratamentul pe care l-au efectuat pentru o afecţiune sau alta, pe motiv că, în cazul lor, a avut efecte spectaculare. Dar ei scapă din vedere faptul că nu numai bolile nu se aseamănă întocmai, ci şi bolnavii, fiecare avînd particularităţi individuale ; aceeaşi boală poate evolua în mod cu totul diferit de la bolnav la bolnav. Aceşti bolnavi solicită medicilor (uneori chiar sugerează şi prietenilor să procedeze la fel) numeroase şi laborioase investigaţii de laborator clinice sau radiologice, ori repetarea lor la inter-

vale reduse de timp, considerînd că aparatura modernă de laborator este capabilă să descopere, mai uşor şi mai bine decît medicul, boala şi stadiul ei de evoluţie. Ei doresc, mai ales cînd au luat cunoştinţă de noile progrese ale medicinii, determinate în special de introducerea cuceririlor ştiinţei şi tehnicii în explorarea bolnavilor (tomograful computerizat, ultrasonograful, scintigraful, aparatura lasser), să se supună — este sau nu este cazul — unor examene cu astfel de aparate în care ajung să vadă „miracolul", socotindu-l pe medic numai un simplu manipulator al acestora. Este categoria de bolnavi despre care prof. dr. docent A. Păunescu-Podeanu scria, într-un studiu al său, următoarele : «Aceşti bolnavi vin azi la medic nu pentru a-şi spune suferinţele şi nu ca să-i ceară dezlegarea lor sau fixarea diagnosticului. Ei vin să-i ceară radiografii, electrocardiografii, analize (uneori anumite, pe care le ştie el şi le crede utile, alteori „toate analizele"), pentru „ca să ştie ce au"».

Aceşti bolnavi au păreri preconcepute chiar şi în terapeutică. Ignoră efectul medicamentelor administrate pe altă cale decît cea injectabilă ; medicamentul cel mai bun este, după ei, neapărat şi cel mai scump ca preţ, cel mai la modă şi, cu atît mai bun, dacă este de provenienţă străină (chiar dacă produsul similar fabricat de industria noastră farmaceutică şi-a dovedit eficienţa şi uneori chiar superioritatea terapeutică). Ei vin să-i ceară medicului, pentru propriile suferinţe, un anumit medicament (şi mai ales antibiotic) sau o procedură balneofizioterapeutică, devenind nemulţumiţi în cazul în care nu obţin ceea ce doresc.

Dintre aceşti bolnavi se recrutează cei care uzează şi mai ales abuzează de „automedicaţie" (administrarea unor medicamente din proprie iniţiativă), practică dăunătoare, în cele mai multe cazuri, datorită accidentelor terapeutice sau efectelor secundare nedorite pe care le pot declanşa, atunci cînd nu sînt respectate indicaţiile corecte şi mai ales contraindicaţiile respectivelor medicamente. Acolo unde procurarea medicamentului fără reţetă prescrisă de medic este posibilă, riscul unor astfel de accidente este mare. Numai simpla enunţare a bolilor produse în acest mod este edificatoare : nefropatia cronică prin administrare îndelungată de preparate cu fenacetină ; hemoragiile digestive după administrare iraţională de Cortizon sau de Aspirină ; hepatita toxică după Atebrină ; stopul cardiac după administrarea în doze mari (neadaptate cazului) de Propranolol. Abuzul (datorat automedicaţiei) de substanţe excitante (cofeină) sau sedative ale sistemului nervos (Distonocalm, Fenobarbital, Diazepam), de analgetice (medicamente cu efecte în combaterea durerii), de substanţe antiacide (în cazul suferinţelor gastrice) nu rămîne nesancţionat, repercutîndu-se negativ în starea bolnavului. Abuzul de cafea este abuz de cofeină (substanţă puternic excitantă a sistemului nervos), iar abuzul de tutun este abuz de nicotină (substanţă, de asemenea excitantă, a sistemului nervos), dar şi de gudroane (substanţe cu certe efecte cancerigene), fapte necunoscute sau neglijate de cei care abuzează de aceste „plăceri" mondene.

c) Mai puţin dăunători lor şi chiar celor din jur sînt bolnavii cu o foarte redusă educaţie sanitară. Ei sînt cei care se alarmează în mod fals la apariţia unor semne minore de boală, neîncercînd să se ajute (sau să acorde altora un prim-ajutor) în caz de nevoie, aşteptînd totul de la corpul medical.

Astfel, aşa cum aminteam în rîndurile de mai sus, ei trec cu vederea sau nu acordă importanţa cuvenită unor semne majore de boală, pentru care, sesizat la timp, medicul ar putea impune măsuri terapeutice de urgenţă, de multe ori salvatoare pentru viaţa bolnavului.

După modul relaţiilor stabilite între medici şi bolnavi, aceştia din urmă se împart în două grupe.

În prima grupă se încadrează majoritatea bolnavilor care vin la medic cu încredere, căruia îşi deschid sufletul, interesaţi în precizarea diagnosticului. Fără a-l considera un idol (căci nimeni nu mai crede astăzi în idoli), bolnavul stimează omul în halat alb şi îi respectă cu stricteţe indicaţiile terapeutice. Uneori, însă, ei aşteaptă prea mult de la medic, nevoind să accepte ideea că există şi situaţii care nu pot fi influenţate „încă" de medicul de astăzi.

În cea de-a doua grupă, mult mai restrînsă numeric, se cuprind bolnavii care, deşi solicită ajutor medical, o fac cu oarecare neîncredere în medici şi medicină, uneori chiar cu o suspiciune răuvoitoare.

În baza dreptului lor imprescriptibil la sănătate, acești bolnavi devin revendicativi, procesivi și uneori chiar agresivi. Ei nu acceptă ca medicul să nu le îndeplinească pretențiile lor terapeutice și înclină tot mai mult în a atribui medicului, și nu bolii înșăși, eșecurile terapeutice. Este categoria de bolnavi care cu mare ușurință pot întoarce spatele medicinii științifice și să se îndrepte cu toată convingerea către unii impostori medicali, care practică o medicină empirică, de cele mai mult ori fără efecte terapeutice favorabile, în schimb cu efecte dăunătoare certe pentru organismul bolnavului.

După modul în care colaborează la apărarea propriei sănătăți, bolnavii se împart în : bolnavi cooperanți ; bolnavi necooperanți.

Prima categorie include bolnavii care respectă întocmai prescripția medicală (doza de medicamente recomandată, modul și ritmul de administrare) și care la primul incident terapeutic sesizează medicul curant — singurul în măsură să decidă continuarea sau întreruperea tratamentului —, în timp ce în cea de-a doua categorie sînt incluși, din fericire, nu prea mulți bolnavi, cei care, deși posedă o prescripție medicală exactă și clară, nu respectă nici doza, nici modul de administrare al medicamentelor, nu respectă unele restricții ocazionate de administrarea unor medicamente (interdicția consumului de sare în timpul tratamentului cu Cortizon, a alcoolului asociat la tratamentul cu Diazepam etc.).

În sfîrșit, după modul în care bolnavii cu boli deosebit de grave iau cunoștință de prognosticul bolii lor, reacția le este diferită : unii acceptă și așteaptă impasibili sfîrșitul, în timp ce alții, neacceptînd ideea morții, își leagă viața de cele mai neînsemnate speranțe pe care i le poate sugera medicul curant ; voința și tăria psihică a celor din urmă reușește, de multe ori, să amelioreze starea clinică sau să amîne, cu cît mai mult posibil, sfîrșitul inevitabil.

Și iată că, analizînd fără pretenții exhaustive psihologia bolnavilor de astăzi, putem să conturăm profilul optim (ca să nu utilizăm utopicul termen de „ideal") al bolnavului, cu rezultate benefice, atît asupra propriei sănătăți, cît și în relația medic-bolnav.

Un astfel de bolnav, în fața bolii sale, a medicului sau a unui alt bolnav ar trebui să se comporte, după cum urmează :

— să nu dispere, dar nici să dovedească neglijență sau indiferență în fața propriilor suferințe ;

— să-și ridice nivelul educației sanitare prin mijloacele care-i stau la îndemînă, pentru a fi capabil să-și acorde și să acorde și altora unele măsuri de auto-ajutor și de prim-ajutor medical pînă la sosirea medicului sau pînă la prezentarea bolnavului la un cabinet medical ;

— să-i istorisească medicului, în cei mai reali termeni posibili și cît mai exact, suferințele sale (momentul apariției, evoluția, localizarea și caracterul durerii, măsurile întreprinse din proprie inițiativă etc.) ;

— să respecte întocmai prescripția medicului și să-i aducă la cunoștință acestuia observațiile sale legate de procesul terapeutic (și cu deosebire efectele secundare nedorite ale tratamentului început) ;

— să se prezinte la control medical în timpul stabilit, dîndu-i posibilitatea medicului ca prin examen clinic sau prin investigații paraclinice să urmărească evoluția procesului de vindecare ;

— dacă bolnavul se află internat, să respecte programul întocmit bolnavilor, să renunțe (cel puțin în această perioadă) la fumat și la consumul de alcool, să respecte regimul dietetic al bolii sale ;

— să nu se lase influențat de alți bolnavi sau persoane sănătoase din jurul său, care dintr-o aparentă bunăvoință și altruism vor încerca să-i facă diverse recomandări terapeutice ;

— să nu schimbe medicul, alergînd din cabinet în cabinet, pentru găsirea celui care, speră bolnavul, „să facă minuni" ;

— să nu privească cu neîncredere și suspiciune personalul medico-sanitar sau orice act medical căruia îi este supus ;

— să nu împiedice bunele intenții în legătură cu măsurile de salvare, uneori eroice, a vieții lor ; este cazul bolnavilor care, în lipsa altor soluții salvatoare, se opun intervențiilor chirurgicale de urgență (amputări de segmente sau de membre, rezecții gastrice, splenectomii etc.), ca singura soluție de supraviețuire ;

— să încerce ca prin suferința sa să nu provoace suferințe și mai mari celor din jurul său ; printr-o stăpînire de sine și voință poate reuși să devină din compătimit, în mod paradoxal, un încurajator al celor din jurul său, al căror moral poate fi la fel sau chiar mai prăbușit decît al său ;

— să nu-și piardă moralul și speranța în vindecare ; ceea ce nu-i posibil astăzi, poate fi pe deplin realizabil mîine, astfel încît, dacă nu astăzi, mîine va putea beneficia de progresul științelor medicale, aflate într-un spectaculos progres.

OCTAVIAN POPESCU
DOCTOR ÎN ȘTIINȚE MEDICALE
Spitalul de copii „Caraiman"

PROFILAXIA RAȚIONALĂ A CANCERULUI, BAZATĂ PE ÎNȚELEGEREA APARIȚIEI LUI

Din ce cauză ne îmbolnăvim de cancer ?

În anii '50, se credea că, în majoritatea cazurilor de cancer, intervin cauzal factori genetici (ereditari) și numai în 10% intervin factori de mediu. Actualmente se consideră că procentul de îmbolnăviri sub influența carcinogenelor din mediu este de cel puțin 80%.

Ce se înțelege prin carcinogene ?

Substanțe care generează cancer, cum ar fi : substanțele radioactive, radiațiile ionizante din atmosferă, razele röntgen, uneori ultravioletele solare, virusurile oncogene, substanțele toxice emanate de anumite complexe industriale, alimentele contaminate cu chimicale sintetice provenind din ierbicide, insecticide, îngrășăminte, coloranți etc. Pînă și aerul poluat cu prea mult oxigen poate fi — incredibil în aparență — la fel de nociv. Asaltul permanent al acestor carcinogene din mediul exterior la care sîntem supuși reprezintă o realitate pe care sîntem obligați să nu o ignorăm ci, dimpotrivă, este în interesul nostru s-o cunoaștem și s-o înțelegem, pentru că numai astfel, în mod conștient, putem lua din timp contramăsuri profilactice adecvate împotriva cancerului, o maladie — indiscutabil — în bună parte evitabilă.

Care este mecanismul prin care carcinogenele din mediu produc cancer ?

La această grea întrebare nu se poate răspunde, aici, decît la modul cel mai simplificat cu putință, prezentînd numai elementele esențiale care să permită înțelegerea măsurilor practice de profilaxie. Carcinogenele din mediu ajungînd la nivelul organismului, în contact cu o celulă mai mult sau mai puțin lipsită de protecție, vor „aprinde" niște mecanisme oxidante, transformînd celula respectivă într-o celulă în „stare prooxidantă", pretabilă la cancerizare. Biochimic, această „aprindere" este explicată prin stimularea apariției unor produși foarte activi, derivați din oxigen prin „reducere univalentă", produși cunoscuți sub numele de „radicali liberi derivați din oxigen" sau, prescurtat : RLDO. Acești radicali liberi (RLDO), pe de o parte sînt foarte toxici, provocînd distrugerea lipidelor (grăsimilor) existente în membranele celulare prin „peroxidare" (rîncezire), iar pe de altă parte, au proprietatea de a modifica — prin fragmentare — conformația acidului dezoxiribonucleic (ADN) din nucleul celulei, ceea ce constituie, de fapt, prima fază spre cancerizare. Reținem deci următoarea secvență rezumativă ; carcinogene prooxidante din mediu → acumulare de RLDO (stare prooxidantă) → fragmentarea ADN → cancerizare.

Acumularea de RLDO nu se realizează numai prin influența carcinogenelor prooxidante din mediul exterior. Globulele albe din sînge, care secretă RLDO, utilizează tocmai proprietățile toxice ale acestora pentru a distruge microbii. Indiferent de cauză, acumularea de RLDO într-o celulă devenită în „stare prooxidantă" implică riscul de transformare malignă. Adevărul este că nu totdeauna o celulă, chiar în „stare prooxidantă", sfîrșește prin a deveni celulă canceroasă, ci foarte rar sau foarte tardiv.

Cum se explică faptul că o celulă în stare prooxidantă nu ajunge totdeauna la cancerizare ?

Cancerul nu este atît de frecvent cum s-ar putea presupune în raport cu abundența carcinogenelor prooxidante din mediu, la care sîntem expuși. Însăși starea prooxidantă în care ajung unele celule încărcate cu RLDO nu reprezintă decît un factor de risc. În mod normal există o protecție naturală. Apariția cancerului este împiedicată de existența unor mecanisme antioxidante contracarante, care au apărut adaptativ în cadrul unui adevărat „sistem protectiv antioxidant". Evident că deficiența funcțională a unui astfel de sistem sau un impact excesiv de carcinogene destabilizează echilibrul dintre

factorii prooxidanţi şi cei antioxidanţi şi favorizează apariţia cancerului.

În consecinţă, strategia profilaxiei cancerului presupune, pe de o parte, evitarea pe cît posibil a „prooxidantelor" din mediu, iar pe de altă parte, stimularea sistemului protectiv antioxidant.

Concret, în ce constă sistemul protectiv antioxidant ?

Se consideră că sistemul protectiv antioxidant ar avea două componente : *enzimatică* şi *neenzimatică*. Componenta enzimatică ar cuprinde trei enzime importante : superoxiddismutaza, catalaza şi glutationperoxidaza, toate combătînd producerea de RLDO. Ultima, cea mai importantă, nu acţionează decît numai în prezenţa seleniului. Administrarea de seleniu amplifică acţiunea ei anti-RLDO. Componenta neenzimatică a sistemului protectiv antioxidant cuprinde: vitamina E, vitamina C, beta-carotenul (precursor de vitamină A), glutationul, cisteina, manitolul, acidul uric etc. Nu trebuie uitată nici acţiunea anti-RLDO a mucusului care căptuşeşte, ca un ecran protector, mucoasele căilor aeriene şi digestive, de fapt locul de contact direct al acestora cu carcinogenele prooxidante din mediul exterior.

Prin ce exemple se poate demonstra profilaxia cancerului pe baza evitării carcinogenelor prooxidante din mediu ?

Pentru evitarea impactului cu prooxidantele din mediu, acestea, în primul rînd, trebuie să fie cunoscute, de unde necesitatea informării populaţiei.

Dacă s-ar şti, spre exemplu, ce cantitate enormă de RLDO ia naştere în plămîn după o singură inhalaţie de fum de ţigară, nimeni n-ar considera exagerată măsura pe care au luat-o unele ţări de a impune fabricanţilor să scrie pe fiecare ţigară avertismentul : „Pericol de cancer !" Se ştie că la marii fumători intervenţia adaptativă a sistemului protectiv antioxidant devine şi ea mult mai puternică, atît componenta enzimatică, intracelulară, cît şi componenta neenzimatică, extracelulară, în special hipersecreţia bronşică de mucus protector, tradusă clinic ca o bronşită tabagică. Fumătorii ocazionali pasivi, care fără voia lor stau în preajma celor activi, respirînd cam acelaşi aer îmbîcsit cu fum de ţigară, nu ajung întotdeauna să-şi pună la punct sistemul protectiv antioxidant şi, drept consecinţă, devin de multe ori mai vulnerabili decît fumătorii adevăraţi. Am cunoscut cazul unui şofer relativ tînăr, foarte sănătos şi nefumător, care într-o iarnă, fiind obligat prin natura serviciului să convieţuiască în aceeaşi cabină de autocamion TIR cu un alt coleg-şofer, mare fumător, a fost astfel pus în situaţia să „fumeze pasiv", adică să inhaleze acelaşi aer hiperpoluat cu prooxidant tabagic. Rezultatul a fost concludent şi dramatic : primul care a murit de cancer pulmonar a fost fumătorul pasiv. Îşi pune vreun fumător întrebarea : „Cine este răspunzător de victimele fumatului pasiv ? Oare numai ignoranţa sau lipsa de informaţie ?"

Un alt pericol prooxidant exogen, provenind din mediu, dar evitabil, ca şi fumatul, îl reprezintă razele ultraviolete ale soarelui, mai ales pentru anumite persoane predispuse, lipsite de o protecţie antioxidantă suficientă şi, în acelaşi timp, purtătoare de nevi pigmentari banali, consideraţi de natură benignă. Expunerea exagerată la soare, aşa-zisa „plajă", este în general contraindicată acestor persoane, pentru evitarea cancerului de piele. Plaja poate fi, de asemenea, contraindicată şi femeilor cu prea multă foliculină, purtătoare de noduli la sîni, în cadrul unor displazii (*displazie* = anomalie în dezvoltarea ţesuturilor organelor sau regiunilor anatomice) mamare benigne sau maligne. Pentru diagnosticarea unui astfel de nodul, de obicei se efectuează o „mamografie", adică o radiografie a sînilor, în două incidenţe. Ceea ce nu se prea ştie însă este faptul că o astfel de mamografie echivalează cu o „bombardare prooxidantă" mai puternică decît o radiografie pulmonară obişnuită, iar dacă o astfel de mamografie, la cererea bolnavei sau a medicului, se repetă la un interval de timp prea scurt, este de presupus că diagnosticul ar putea fi mai bine precizat, dar cu ce preţ ? Este posibil ca pericolul prooxidant să depăşească protecţia antioxidantă, astfel încît un nodul benign riscă să se malignizeze sau, dacă era deja malign, riscă să se extindă. Astfel de bolnave cu displazie mamară ar trebui să evite profilactic nu numai repetarea mamografiilor, dar şi repetarea prea des a radiografiilor sau radioscopiilor pulmonare obişnuite, cerute pentru diagnosticarea unor leziuni la plămîni, nu la sîni. Or, razele X traversează ambele organe.

În fine, un alt exemplu care merită a fi comentat este introducerea, pe plan mondial, a nitriţilor în conserve, pentru evi-

tarea botulismului, toxiinfecție alimentară redutabilă, care provoacă moartea în cîteva zile la 1/3 din cei ce o contractează. Dilema ar fi următoarea : dacă nu se pun nitriți în conserve există riscul de a muri de botulism în cîteva zile ; dar dacă se pun nitriți există oare riscul cancerizării în perspectivă ? A doua alternativă este de preferat, dar cu anumite condiții, a căror respectare ameliorează semnificativ perspectivele prevăzute în dilema de mai sus.

Iată aceste condiții :

1. Publicul consumator să fie informat de prezența și de cantitatea de nitriți introdusă.

2. Consumul de conserve și de alte alimente conținînd nitriți să nu fie excesiv și prea frecvent, mai ales la persoanele cu hipoaciditate gastrică.

3. În zilele cînd se consumă conserve cu nitriți, este prudent ca dieta să fie îmbogățită cu antioxidanți naturali. Se recomandă astfel o suplimentare cu : a) fibre și tărîțe de grîu sau germeni de grîu, pentru conținutul lor crescut în vitamină E și seleniu ; b) legume și fructe proaspete, pentru conținutul lor în vitamină C ; c) carote sau morcovi, care conțin beta-caroten. Beta-carotenul (provitamină A), vitamina E, vitamina C și seleniul fac parte din sistemul protectiv antioxidant, la care, dealtfel, ne vom referi și în ultimul punct care urmează.

Prin ce alte exemple se poate demonstra profilaxia cancerului pe baza stimulării sistemului protectiv antioxidant ?

În cadrul sistemului enzimatic protectiv antioxidant, glutationperoxidaza, împreună cu seleniul, constituie factorul antioxidant principal, care merită a fi stimulat pentru a face față prooxidanților din mediu. Administrarea de seleniu poate contribui la prevenirea cancerului nu numai prin mecanismul de activare a glutationperoxidazei, dar și prin el însuși. Cercetări recente au demonstrat că nivelul seleniului s-a găsit mai scăzut în sîngele bolnavelor cu cancer de sîn. Există o specie de șoareci care în mod spontan fac cancer de sîn în proporție de 82%. Dacă acestor șoareci li se administrează în apa de băut selenit de sodiu, incidența cancerului de sîn scade de la 82% la 10%. Efortul de prevenire a apariției cancerului prin seleniu pare a fi amplificat în combinație cu vitamina E și C. Unde se găsește seleniu în natură ? Principalele surse sînt germenii de grîu, tărîțe de grîu și chiar pîinea neagră. Față de pîinea făcută din făină albă, care conține 0,06 μg/g seleniu, pîinea făcută din făină neagră (integrală) conține de 6 ori mai mult (0,36 μg/g), astfel încît, pentru a ingera o doză echivalentă de 50 μg/zi de seleniu este nevoie de a mînca zilnic 830 g pîine albă, dar numai 150 g pîine neagră.

Seleniul se găsește nu numai în germeni de grîu, dar și în pește, în drojdie de bere sau, ca atare, în tablete sau soluție de selenit de sodiu.

În concluzie, în condițiile unui aport excesiv de prooxidante din mediu, o stimulare a sistemului protectiv antioxidant poate fi obținută printr-o dietă antioxidantă, care să conțină seleniu, vitamina E, vitamina C și beta-caroten.

Cunoscînd îndeaproape principiile de profilaxie a cancerului și aplicîndu-le în practică, această boală gravă devine, în bună parte, evitabilă.

Dr. D. D. BELLOIU
MEDIC PRIMAR
Institutul de Endocrinologie

Corespondență ipohondrică

Draga mea,

Din clipa cînd te-am văzut ca prin ceață, din cauza acelor ineficace picături ce mi le pusesem tocmai atunci în ochi, am simțit că m-am îndrăgostit subit de tine !

Din acel moment inima mea suferindă de cardiopatie ischemică a început a bate aritmic, numai pentru grațioasa ta făptură. Căci tu ești atît de dulce, ca o Polivitamină, ca un Cavit 9, contraindicată, de fapt, la diabetul meu... zaharat.

Îți împărtășesc aceste gînduri împreună cu regretul de a te anunța că mult așteptata noastră întîlnire se amînă din următoarele motive :

– la cinematograf nu vom putea merge deoarece cînd privesc imaginea de la distanță devin miop, iar cînd o privesc de aproape, mă supără presbitismul ;

– de teatru nici nu vreau să aud, fiind fudul de ambele urechi, datorită unei otite medii acute ;

– de cofetărie, de asemenea, nici nu poate fi vorba, dacă te gîndești la glicemia mea ridicată ;

– la disco să dansăm nu va fi posibil. Tu știi cît de mult mă supără disco... patia aceea nesuferită și, la o figură mai excentrică, mi-aș putea leza nervul sciatic, rămînînd astfel anchilozat ;

– nici ștrandul nu l-am putea aborda, deoarece la soare pot face insolație, iar în apă fac piele de găină și răcesc. Și în acest caz, cred că nu dorești să mă ai pe conștiință cu vreo pneumonie ;

– o eventuală plimbare prin parc cu tine nu poate avea loc, datorită aparatului meu locomotor, profund afectat de poliartrite reumatoide.

În concluzie, întîlnirea noastră se contramandează la o dată mai... sănătoasă.

Îți rămîn același afectuos amic, care în nopțile de insomnie se va gîndi numai la tine, la viitoarea noastră căsătorie, cînd în calitate de prim-ajutor și soție, îmi vei pune binefăcătoarele ventuze și cataplasme cu muștar.

Și acum te las, draga mea, nemaiputînd a-ți scrie din cauza unei periartrite scapulo-humerale, cu ramificații dureroase în brațul drept.

Al tău, pe veci,

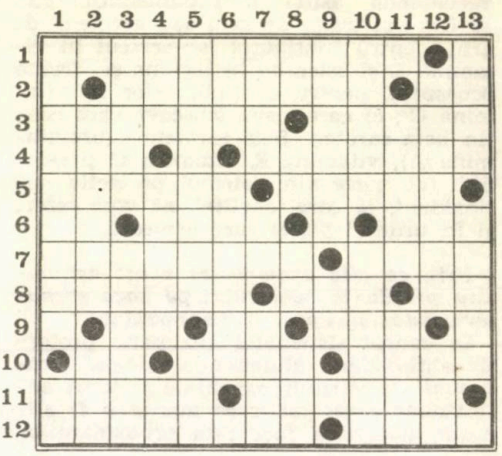
MITICĂ BOLNAVU

P.S. Pentru eventuale comunicări, mă găsești în fiecare zi la policlinica de cartier, între orele 8–14, în afară de duminici, cînd rămîn să zac la domiciliu.

Același

Pentru conformitate : Ing. I. NEGREANU

LA ODIHNĂ ȘI TRATAMENT



ORIZONTAL : **1. Stațiune balneoclimaterică pe dreapta Oltului, la ieșirea acestuia din munți. 2. Stațiune balneoclimaterică din județul Vîlcea — La intrarea în Predeal ! 3. Stațiune balneoclimaterică la est de Brașov, al cărui nume este purtat de unul din județele țării — Stațiune balneară în Bărăgan. 4. Port în Sumatra — Radical organic derivat din metan. 5. Lipsa oricărei amintiri — Transplant pomicol. 6. La ieșirea din Predeal și intrarea în Herculane ! — Poliță — Munte în Algeria. 7. Ancore mici — Riu în Belgia. 8. Tavă — Epoci — Nota diapazonului. 9. Ofertă simplă — Fila din mijloc ! — Cele minerale constituie o importantă bogăție naturală a țării noastre. 10. Stațiunile balneoclimaterice funcționează pe tot parcursul său — Gaz nobil — Județul în care se află stațiunile balneare Lipova și Moneasa. 11. Oraș situat la poalele vestice ale munților Semenic, cu împrejurimi de interes turistic — Stațiune balneoclimaterică în județul Harghita, situată pe versantul estic al munților Gurghiului. 12. Stațiune climaterică pe valea riului Bicaz — Pictor român (1881—1958 ; Iosif).**

VERTICAL : **1. Stațiune balneoclimaterică pe Valea Oltului — Apele ! 2. Drept recunoscut celor ce muncesc pentru refacerea și întărirea forței de muncă, în care scop stațiunile balneoclimaterice de pe întinsul patriei noastre stau la dispoziția oamenilor muncii — Lac de origine vulcanică în apropiere de Băile Tușnad. 3. Izbit — Cu privire la o clinică. 4. Particulă de refren oltenesc — A-și atribui în mod abuziv o calitate — Negație. 5. Determinare a valorii unei mărimi — Dromader (inv.). 6. Lac în Suedia — Numele a două stațiuni balneoclimaterice de pe litoralul Mării Negre (Nord și Sud). 7. Rudă — Turtit la capete ! — Port în Finlanda. 8. Mureșul la vărsare ! — Stau în seră ! — Este lateral ! — Ce n-a mai fost. 9. Referitor la stat — Curajos ! 10. ...de Jos, localitate climaterică subordonată Predealului (neart.) — A lăsa în urmă. 11. Aliaj de cupru și zinc — Superstiție. 12. Stațiune climaterică și centru turistic pe Valea Prahovei — Servesc la cusut. 13. Localitate în județul Brașov, centru turistic unde se poate vizita un vechi castel, datînd din sec. XIII — Localitate balneoclimaterică la poalele munților Harghita.**

DICȚIONAR : **IDI, MEP, DAAR, ANN, LOES.**

ADAM STOICA

CURA „IDEALĂ" DE TRATAMENT

În fiecare vară, căci sînt perseverent,
În luna lui cuptor, eu merg la tratament!
Nu sufăr de vreo boală să am, deci, un motiv.
Fac totul cu știință, la modul preventiv!
Cu șase luni-nainte, încep cu tatonarea,
Plîngînd dureri ascunse ce-mi bîntuie spinarea!
Și-n funcție de bilete ce sînt la sindicat,
Îmi acordez durerea la oase sau ficat!
Și-așa cu insistență și teatru jucat bine,
Mă urc grăbit în tren, biletu-mi aparține!
Și dup-o noapte întreagă, în care-am moțăit,
Ajung și în stațiune, de-a dreptul obosit!
Sînt primul la cazare și, dup-o modă veche,
Iau camera pe-alese, mișcînd dintr-o ureche!
Îmi las apoi valiza și zbor spre cabinet,
Zorit mereu de gîndul că umblu prea încet!
Acolo dau să intru, dar lumea face gură.
Mi-e frică să nu pierd chiar azi vreo procedură!
Dar pierd zece minute în sala de-așteptare,
Afront ce pare groaznic și cere răzbunare!
La rînd cînd intru-apoi, tensiunea-i ridicată
Și doctoru-mi prescrie: odihnă, deocamdată!
Dar doctorul ce știe, e calm și demodat,
Doar n-am venit aici să stau și ziua-n pat!
Mă-nvîrt și găsesc sora ce-acceptă o „hîrtie",
Și astfel într-o oră fac fizioterapie!
Alături în cabină, c-un frische Fa sau Lux,
Eu fac cuminte-n cerc, magnetodiaflux!
Mă-ndrept apoi spre baie, unde e holul plin,
Dar am „metode forte" și-s primul în bazin!
E apă multă-aici și multă fierbințeală,
Simt cum îmi pierd suflarea și capăt amețeală!
Urgent m-a scos o soră și m-a întins pe-un pat,
Mă ia cu friguri multe și cu dureri de cap!
Sînt bine-nfofolit, dar tremur tot mai tare,
Simt ace cu duiumul, din cap pînă-n picioare!
Un doctor mă-ngrijește, eu îmi revin și zic:
„Am fost pe drum ast-noapte și n-am mîncat nimic!"
Trimis sînt la culcare cu mare sindrofie,
Odihnă multă, aer și nici o terapie!
Trei zile grele trec, sătul de-atît plîmbat,
Iau totul de la capăt, pus pe recuperat!
Cu noaptea-n cap fac baie, masaje, parafină,
Nămol și raze röntgen și baie de lumină!
Înghesuite toate să intre-n calendar,
N-am timp nici de odihnă și peste masă sar!
Pățesc ca și-nainte, căci ce-i prea mult nu-i bine,
Cunosc principiul ăsta, dar nu-l aplic la mine!
Degeaba spun savanții că-i o măsură-n toate,
Căci fără chibzuință nu toate merg pe roate!
Ei sînt doar cu principii, filozofii betege,
Să-i văd într-o stațiune, ce-ar mai uita de lege!
Ar face toți ca mine, nimic să nu le scape,
Din vadul sănătății, din plin să se adape!
Dar timpul trece iute, biletu-a expirat,
Regret c-au mai rămas metode de-ncercat!
Ajuns apoi acasă, mă simt cam prea nervos
Și obosit la culme, simt fiecare os!
Reacții după băi sînt, spune lumea toată,
Eu iau să mă refac, concediu fără plată!
Și cum reacția-i mare, un caz mai special,
Mai iau o săptămînă concediu medical!
La locul meu de muncă aș fi foarte util!,
Eu mă feresc de sarcini, sînt încă prea debil!
Dar nu-mi fac mari probleme, am chiar o promisiune:
Concediul de la vară va fi tot în stațiune!

Aurelia ACOSTĂCHIOAEI

ANUL NOU în litepatupă

Orizontal: 1. Autorul romanului „Revelionul", în care un grup de tineri se adună spre a petrece împreună Anul Nou 1924, într-un orășel de provincie muntenească (Paul) – Volum. 2. „...de sudoare", volum de versuri în care Tudor George a inclus și poeziile „Sorcova", „Buhaiul" și „Plugușorul" (pl.) – Sora Nastasicăi din povestirea „În noaptea Anului Nou", de Mihail Sadoveanu. 3. Roman de Laurențiu Fulga, în care acțiunea capitolului II se petrece de Anul Nou, pe frontul româno-german din munții Cehoslovaciei. 4. Ionel Tudoran – Băutura tuturor – Poet român contemporan, care a închinat o poezie pentru „Anul Nou" (vol. „Grădina stelelor mele"; Ștefan). 5. Munți în R.S. Cehoslovacă – Ne-

fritice. 6. Autorul schiței „Anul Nou" (vol. „Vîntul de seară" ; Nicolae) — Selecționat. 7. Soția profesorului Gabriel Dimancea din romanul „Revelionul", de Paul Georgescu — Articol — Bacău (abr.). 8. Prefix cu sensul „înainte" — Rînd — Poet ardelean, care a scris și el o poezie de „An Nou" (Aurel). 9. „...de Anul Nou", povestire de Șerban Nedelcu — Localitate în Elveția. 10. Precum — Inginerul constructor în casa căruia se petrece de Anul Nou, la începutul fiecăruia din volumele de „Istorii", scrise de Mircea Ciobanu (Gheorghe). 11. Orașul spaniol în care se desfășoară acțiunea romanului „Negura", de Miguel de Unamuno, care se încheie cu o petrecere de Anul Nou. — Artistul ușor efeminat din romanul „Revelionul", de Paul Georgescu.

Vertical : 1. Scriitor din a cărui creație desprindem piesa pentru copii „Anul vechi a plecat, bine-ai venit An Nou" (Viniciu) — Denumirea simbolică a unui personaj lipsit de identitate din piesa „Emigranții", de Slawomir Mrozek, cel ce închină paharul în noaptea Anului Nou „pentru cei ce n-au dreptul să-și dea foc singuri". 2. Listă de greșeli tipografice — „...noi doi n-a fost decît tăcere", piesă în care Lia Crișan prezintă un colectiv de ingineri care în noaptea de revelion lucrează la un proiect, pentru respectarea termenului de predare. 3. Siglă pentru Organizația Mondială a Sănătății — Poetul român (1919—1972) care a închinat o „Urare Anului Nou" (vol. „Carnet" ; Nicolae). 4. Stațiune climaterică în județul Argeș — Scriitor sovietic, autorul schiței umoristice „Un revelion cu care nu mă voi mai întîlni" (Leonid). 5. Răciți — „...albi din orașul București", volum de schițe de Fănuș Neagu, în care Bănică se împrietenește cu patru iepuri, animale care, împreună cu o căprioară, îi cîntă sub geam un colind de Anul Nou (sing. neart.). 6. Localitate în Norvegia — Oraș moldovean. 7. Rece ! — La revedere ! 8. „...noul an", poezie de Nicolae Velea (vol. „Voci puternice") — „Umbră...", volum de versuri în al cărui sumar Florența Albu a inclus și poezia „An Nou". 9. Privitor la o uniune — Rîu sau fluviu în toponimia daneză și norvegiană. 10. Peninsulă în Siberia — Adevărat. 11. Ocean (abr.) — Armă medievală. 12. Liric român cu gesticulație maiakovskiană, autorul unui „Colind" (vol. „Manifest pentru sănătatea Pămîntului" ; Adrian) — Cade la mijloc!

Dicționar : Seer, Eina, Elv, Iamal.

ADAM STOICA

REZOLVAREA JOCURILOR

REBUSISTE

— La odihnă și tratament
Orizontal : Călimănești ; B ; A ; Olănești ; PR; Covasna; Amara; Idi ; U ; metilen ; uitare ; răsad ; LH ; raft ; L ; Mep ; ancorote; Daar; talger; ere; LA; A; ia; IL; ape; I; an ; neon ; Arad ; Anina ; Borsec ; Lacu Roșu ; Iser.

— Laptele, un aliment complet
Orizontal : cazeină ; urdă ; Amalteea ; unt ; Salom ; R; abia; UN; galactea ; L ; R ; UI ; Creangă ; izlaz; el; tan; butan; ecart ; vaci ; Emma ; NA; ițe ; acre ; CI; TE; Aro; arată ; E ; alipi ; elan; Lafontaine; I.

— Pe țărmul mării
Orizontal: Costinești ; Alcor ; FE ; O ; PI ; litoral; AMA; Norina; NP; Iani ; T ; R ; VN ; ieșit; Orient; cca; risc; zeu; L; apa; Mamaia ; Anca ; Arez.

— Anul Nou în literatură
Orizontal : Georgescu ; op ; armuri ; Anica ; Fascinația ; U; IT; apă; Roman; Tatra; renale ; A ; A ; Țic ; ales ; Iulia ; al; BC; ante; șir; Rău; atunci; Seer; R; co; Palada; Sevilla; Vlad.

— Degetele
Orizontal : Eminescu ; Vic ; Rin ; Boureanu ; ocel ; Timotei; S; Labiș; Lazu; zale; ovin ; T ; mare ; șa ; A ; de; am; amprente; IFA; plen ; Ige; aici; I; defel; romani; vota; Lăncrănjan ; N.

Cărți de vizită : medic chirurg ; medic cardiolog ; medic psihiatru ; medic neurolog.

Monoverbe medicale

I. *La dentist* : extracție (exact trei)
II. *Anatomică* : clavicule (c-la-v-i-cu-le)
III. *La țărm* : trambulină (tablou marin-o)
IV. *Nutrițională* : dispepsie (d-is-pe-p-si-e)
V . *La chirurgie* : anestezie (an-este-zi-e)

Biverb medical

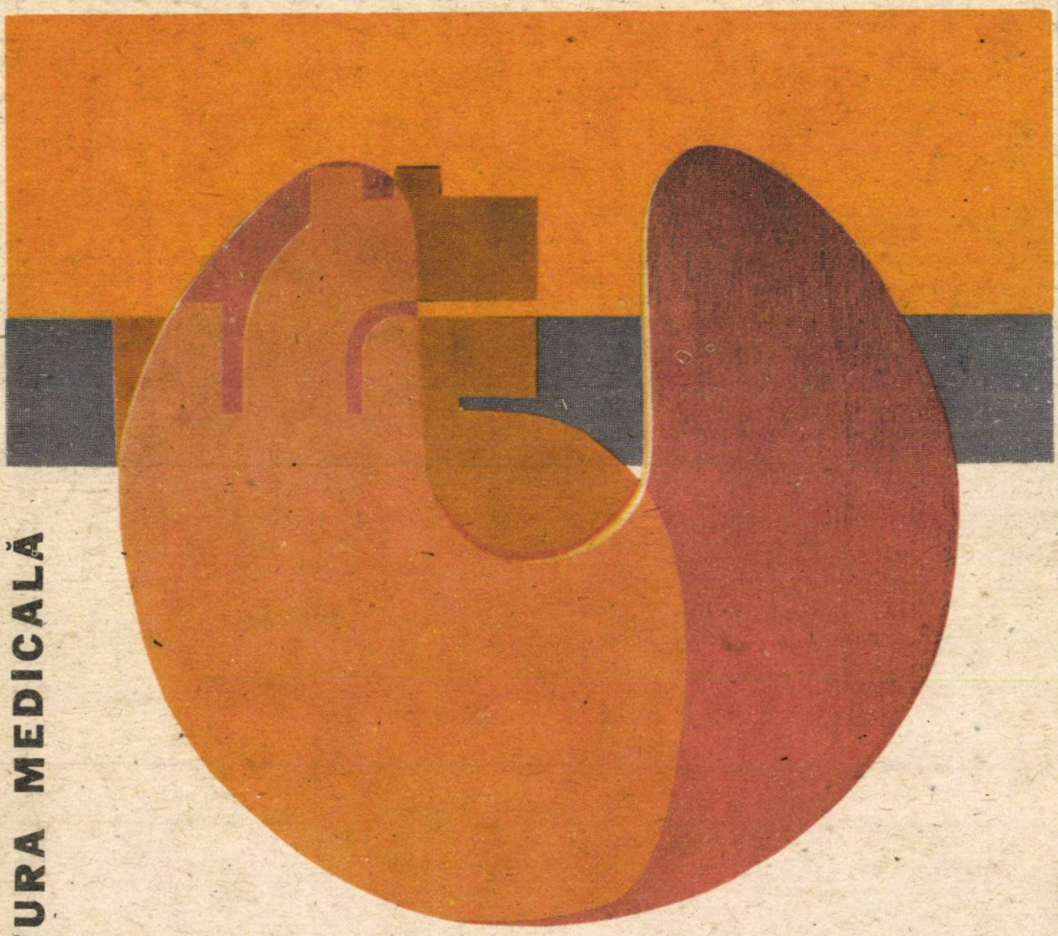
I. *Cosmetică* : ten uscat (te-nu-s-ca-t)

Sinoverb medical

I. *Balneoclimaterică* : Sovata (vas+botă-b)

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

Tipărit la Combinatul Poligrafic „Casa Scînteii“ sub comanda nr. 70361



EDITURA MEDICALĂ

Lei 25

EM

almanahul sănătății '88